

Le bien-être spirituel auprès de personnes atteintes d'un cancer avancé en situation de soins à domicile

Travail de Bachelor

Ben-Othman Yasmina Matricule n° 407001069

Blanc Lauriane Matricule n° 4070010694

Kabashi Robertina Matricule n° 4070010775

Nydegger Marion Matricule n° 4070010815

Directrice : Da Rocha Gora – Chargée d'enseignement HEDS

Membre du jury externe : Béatrice Scheitler Gousset– Infirmière à l'IMAD

Genève, juin 2015

Déclaration

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé – Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers* .

L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor ou du juré de la HedS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie. »

Fait à Genève, le 15 Juin 2015

Ben – Othman Yasmina, Blanc Lauriane, Kabashi Robertina, Nydegger Marion

Remerciements

La réalisation de ce travail de Bachelor n'aurait pu être possible sans l'aide et le soutien de nombreuses personnes que nous tenons à remercier tout particulièrement.

Tout d'abord, nous souhaitons remercier Madame Gora Da Rocha pour sa disponibilité, ses encouragements, ses précieux conseils ainsi que pour son engagement personnel tout au long de l'élaboration de ce travail.

Madame Scheitler Béatrice, infirmière à l'IMAD et membre du jury pour son intérêt à la lecture de notre travail de Bachelor et pour sa participation à son appréciation.

Monsieur Marc Diby pour son enseignement lors des séminaires de Recherche ainsi que ses remarques constructives qui ont pu faire évoluer le travail.

Les bibliothécaires de la Haute Ecole de Santé pour leur disponibilité et leur aide lors de problèmes rencontrés au cours de nos recherches d'articles ainsi que lors de difficultés au niveau informatique.

Madame Dominique Maeder Nydegger, Monsieur Laurent Blanc et Monsieur Nejib Ben-Othman qui se sont investis dans la relecture, la correction d'orthographe et la syntaxe du travail.

Nos familles pour leur soutien, leur patience et leur accompagnement tout au long de la rédaction de ce travail.

Pour finir, nous souhaitons remercier chacune d'entre nous d'avoir fait preuve de patience, de bon jugement, de respect et d'amitié.

Résumé

Dans le cadre de notre travail de Bachelor en Sciences Infirmiers, nous avons effectué une revue de la littérature. L'objectif est d'explorer l'influence de la spiritualité sur l'acceptation de la mort auprès des personnes atteintes d'un cancer avancé en soins palliatifs. En effet, le cancer est la deuxième cause de mortalité dans le monde après les maladies cardiovasculaires. Il nous a semblé pertinent de retracer les besoins des patients en fin de vie et les stratégies mises en œuvre par les infirmières afin d'y répondre. Il nous a également paru important de décrire spécifiquement les soins spirituels en soins palliatifs.

Pour l'élaboration de notre travail de Bachelor, les méthodes d'analyses de la littérature enseignée à la Haute Ecole de Santé de Genève ont été appliquées, à savoir les grilles d'évaluation selon Goulet. Onze articles scientifiques concernant la thématique choisie ont pu alors être retenus et analysés. L'ancrage théorique utilisé pour le travail est la théorie de l'auto-transcendance de Pamela Reed.

Les résultats de cette revue de littérature nous ont permis de comprendre qu'il existe une corrélation entre l'acceptation de la maladie et de la mort avec la spiritualité. De plus, ces articles mettent en évidence que les soins spirituels sont souvent influencés par le lieu où les infirmières travaillent et leurs propres croyances.

Mots-clés : Spiritualité, soins spirituels, acceptation, bien-être, fin de vie, soins palliatifs, qualité de vie, besoins spirituels, auto-transcendance.

|

|

Liste des abréviations

BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BVS	Beliefs Value Scale
BHS	Beck Hopelessness Scale
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health
EMS	Etablissement Médico-Sociaux
FACIT-SWB	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-being
HAD	Hospitalisation à Domicile
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
HEdS	Haute Ecole de Santé
HES-SO	Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale
IMAD	Institution Genevoise de Maintien à Domicile
LILACS	Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
MeSH	Medical Subject Headings
MMSE	Mini-Mental State Examination
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PPS	Palliative Performance Scale
SciELO	Scientific Electronics Library Online
SCPQ	Spiritual Care Practice Questionnaire
SISC	Structured Interview of Symptoms and Concerns

SPS	Spiritual Perspective Scale
SUHB	Science of Unitary Human Beings
USPC	Unité de Soins Palliatifs Communautaire

Liste des tableaux

Tableau 1	Diagramme de flux.....	24
Tableau 2	Analyse critique des articles.....	25-35

Table des matières

1. Introduction.....	9-14
1.1. Problématique.....	11-14
1.1.1 Annonce du diagnostic.....	11-12
1.1.2. Les besoins des patients.....	12
1.1.3. Définition de la spiritualité.....	12-13
1.1.4. Les soins spirituels.....	13
1.1.5. Les soins infirmiers.....	14
2. Cadre théorique.....	15-22
2.1. Ancrage disciplinaire.....	15-21
2.1.1. Choix.....	15
2.1.2. Inscription dans la hiérarchie des connaissances.....	15-17
2.1.3. Théorie de l'auto-transcendance.....	18-21
2.2. Métaconcepts.....	21-22
3. Question de recherche.....	22
4. Méthodologie.....	22-35
4.1. PICOT.....	22
4.2. Meshs terms.....	23
4.3. Diagramme de flux.....	24
4.4. Analyse critique des articles.....	25-35
5. Revue de la littérature.....	36-46
5.1. Résultats.....	36-46
5.1.1. La spiritualité.....	36
5.1.2. Différence avec la religion.....	36
5.1.3. La transcendance.....	37
5.1.4. Le ressenti des patients.....	38
5.1.5. Les besoins spirituels.....	38-40
5.1.6. Les soins spirituels.....	40-45
5.1.7. La satisfaction des patients.....	45
5.1.8. L'acceptation.....	45-46

6. Discussion.....	47-48
6.1. Apports et limites du travail.....	48
6.2. Recommandations.....	49
7. Conclusion.....	50
8. Annexes.....	51-60
8.1. Annexe 1.....	51-55
8.2. Annexe 2.....	56-60
9. Bibliographie.....	61-64

1. Introduction¹

Aujourd'hui le cancer est la deuxième cause de décès après les maladies cardiovasculaires. 8.2 Millions de personnes sont décédées des suites d'un cancer dans le monde en 2012 (OMS, 2014).

D'après la ligue suisse contre le cancer (2012), une tendance à l'augmentation du taux d'incidence peut être observée chaque année en raison du vieillissement de la population et de l'exposition aux facteurs de risques. On constate que le cancer du poumon est celui qui affiche le plus haut taux de mortalité, soit, environ 3'000 hommes et femmes confondus par année.

Le terme de cancer désigne de multiples lésions ainsi que les maladies malignes. Il en existe divers types tels que les cancers solides variés, les leucémies aiguës ou chroniques et les lymphomes hodgkiniens ou non hodgkiniens. Ces pathologies découlent d'une prolifération cellulaire excessive et incontrôlée qui continue à se développer malgré l'arrêt des facteurs favorisants. En ce qui concerne la durée de vie de la maladie, celle-ci dépend de sa nature histologique, des défenses immunologiques de la personne malade, de son âge et de la présence d'une autre pathologie associée (Marolla & Guérin, 2006).

Les soins palliatifs sont prodigués en mobilisant une équipe multidisciplinaire afin de répondre au mieux aux besoins des patients ainsi qu'à ceux de leur entourage. Ils visent à apaiser la douleur et les symptômes associés afin d'améliorer la qualité de vie. C'est pourquoi les soins devraient être mis en place au début de la maladie. Ils comprennent également les aspects psychologiques et spirituels des soins (OMS, 2015).

Malgré les avancées de la médecine et les nouveaux traitements accessibles, le cancer reste un sujet d'actualité et chaque année de nouvelles personnes sont affectées. C'est pour cette raison qu'il nous paraît intéressant d'aborder ce sujet tout particulièrement chez les personnes en soins palliatifs. Etant donné qu'à ce stade, le but n'est plus uniquement de prodiguer des soins curatifs, nous nous sommes attelées à chercher quels pouvaient être leurs autres besoins.

¹ Tout au long de ce travail le terme « infirmière » est utilisé au féminin, cependant il désigne également « les infirmiers ».

Aujourd'hui, la littérature démontre que la spiritualité est perçue, auprès des personnes en fin de vie, comme un soutien psychologique qui leur permet de faire face aux craintes associées à la mort (Wright, Keating, Balboni, Matulonis, Block & Prigerson, 2010).

Il paraît donc extrêmement important pour le personnel soignant de se former en matière de spiritualité et d'acquérir suffisamment de connaissances dans le but d'offrir des prestations répondant à la demande du patient. Favoriser la spiritualité dans la prise en soins, permettrait un meilleur accompagnement et contribuerait au bien-être de la personne.

Les patients souffrant d'un cancer en phase terminale subissent des traitements de plus en plus agressifs en milieu hospitalier visant à prolonger la vie, alors que la plupart des patients à domicile reçoivent surtout des soins destinés à soulager la douleur et à gérer les symptômes (Wright&al., 2010).

Le transfert d'une unité hospitalière au domicile pourrait permettre au patient de se retrouver dans un lieu familier ce qui favoriserait l'expression de sa spiritualité (Wright & al., 2010). Les soins à domicile font en sorte de s'adapter aux besoins des patients et peuvent offrir des réponses à leurs besoins psychosociaux et spirituels et peuvent faire de l'enseignement thérapeutique auprès des proches. Une évaluation des besoins du patient et des proches est faite systématiquement. Il existe également un lieu d'hospitalisation en cas de péjoration de la santé (Clivaz Luchez, Droz, Bernet, Bonard, Corbaz, Paschoud, Hottinger, Marthy, Vacanti Robert & Perrochet, 2009).

En effet, Genève dispose de plusieurs institutions genevoises de maintien à domicile comme l'institution de maintien à domicile (IMAD) et SITEX. Ces établissements possèdent une équipe d'hospitalisation à domicile (HAD). Elle intervient pour des soins techniques à domicile, qui sont habituellement pratiqués dans un milieu hospitalier. Cette équipe est présente à la demande du médecin traitant ou de l'unité hospitalière pour répondre aux besoins des patients dans l'heure qui suit. Elle est disponible 24h/24h.

L'IMAD propose également dans ses prestations une unité de soins palliatifs communautaire (USPC). C'est une unité mobile extrahospitalière au service des

patients, de leur entourage et des professionnels de la santé. Toute personne souffrant de cancer ou de maladie chronique évolutive peut en bénéficier. La mise en place de cette unité a été élaborée par l'hôpital cantonal de Genève ainsi que l'IMAD et intervient à domicile, en établissements médico-sociaux (EMS), en institution extrahospitalière ou en clinique. L'USPC offre des prestations d'évaluation, de conseil, de soutien, de supervision et d'orientation dans le réseau genevois des soins palliatifs. Les patients peuvent en bénéficier sur demande des professionnels de la santé, leur demande ainsi que celle de leur entourage. Ces prestations sont disponibles à toute personne souffrant d'une maladie chronique évolutive, indépendamment de son âge, son origine, sa pathologie, son lieu de vie ou de soins, ou encore sa situation financière. SITEX propose également des soins et des traitements reçus dans un cadre hospitalier à domicile et assure la continuité des soins lors du retour à domicile.

Dans ce contexte, le rôle de la spiritualité devient un élément essentiel des soins palliatifs. Dès lors, la spiritualité face à l'acceptation de la maladie et de la mort fait l'objet de ce travail de bachelor.

1.1. Problématique

1.1.1. Annonce du diagnostic

L'annonce du diagnostic d'une « maladie potentiellement mortelle » provoque un bouleversement profond chez les personnes malades et des idées de mort peuvent apparaître. Une étude décrivant l'expérience des patients face à l'annonce d'un cancer a mis en évidence trois principales préoccupations que peuvent ressentir les patients. Il s'agit de la perte de contrôle de leur vie, la perturbation de l'équilibre familial et la mort qui devient apparente (Da Rocha, Roos et Shaha, 2014).

La personne atteinte d'un cancer est confrontée à une expérience douloureuse qui laisse souvent place à un état de vulnérabilité. Le cancer cause fréquemment une souffrance physique mais également une souffrance morale.

La maladie cancéreuse affecte non seulement la qualité de vie et le bien-être des personnes touchées mais aussi celle de leurs proches (Shaha, 2012-2013).

Une étude mixte a été réalisée auprès de personnes atteintes d'un cancer avancé. Les résultats indiquent que la plupart des patients reconnaissent que la religion et/ou la spiritualité sont des concepts importants dans l'expérience du cancer. Il est également précisé que ces deux thèmes donnent du sens à l'expérience de cette pathologie et de ce fait facilitent, voire, permettent l'acceptation de l'état de santé actuel (Renz, Mao, Omlin, Bueche, Cerny & Strasser, 2013).

1.1.2. Les besoins des patients

Face à la maladie cancéreuse, les personnes ressentent des besoins physiques, psychiques mais également spirituels (Delgado-Guay, Hui, Parsons, Govan, De la Cruz, Thornay & Bruera, 2011). L'accent de ce travail concerne les besoins spirituels.

Le fait de soutenir les besoins spirituels des patients amène une meilleure qualité des soins, davantage d'utilisation de soins palliatifs et de moins en moins de soins agressifs en fin de vie (Wright & al., 2010).

Cependant, certaines personnes n'ont aucun besoin spirituel en fin de vie et cette volonté doit être totalement respectée par les soignants (Milligan, 2011).

D'après une étude, d'autres besoins spirituels exprimés par les personnes (entre 17 et 85 personnes) atteintes d'un cancer avancé ont été mis en évidence, comme la nécessité d'obtenir un certain soutien de la part de la famille à 80%, mais aussi le besoin de pratiquer sa religion par la prière pour 50% des cas. Cependant, les services religieux font cruellement défaut et, au vu des demandes, il s'agit là d'un réel besoin (Hampton, Hollis, Lloyd, Taylor & McMillan, 2007).

1.1.3. Définition de la spiritualité

Dans notre société, la spiritualité reste un concept vaste, même si on l'associe souvent à la religion. Toutefois la représentation du spirituel peut aussi s'en éloigner (Juguet, 2009).

La spiritualité est une caractéristique, un bien commun à toute personne et elle est donc indépendante des cultures et des civilisations. Elle essaie de répondre de

manière complète aux questions existentielles de la vie (Delgado-Guay & al.,2011).

Aujourd'hui, il reste difficile de distinguer clairement la religion de la spiritualité. On pourrait dire que la religion est un ensemble de croyances, de rites spécifiques à une culture donnée ainsi qu'une institution sociale hiérarchisée. Toutefois, le lien entre la spiritualité et la religion est indéniable.

En fin de vie, la spiritualité et la religion commencent à prendre une place plus importante dans la vie des patients. Ce sont deux facteurs qui sont reconnus comme affectant la qualité de vie, la qualité des soins et la satisfaction des patients. C'est pourquoi, la spiritualité devient une ressource d'adaptation pour les personnes en fin de vie (Hayden, 2011).

1.1.4. Les soins spirituels

Le soin spirituel est un élément primordial des soins palliatifs en fin de vie. Le soin spirituel n'a pas pour but de soigner la détresse spirituelle avec une pilule, mais plutôt de développer chez les patients la capacité de pouvoir trouver la guérison par eux-mêmes, même lorsqu'ils sont face à la mort (Puchalski, 2012). Les soins spirituels soulignent l'importance de la compassion de la part des thérapeutes et du clinicien qui doivent faire preuve d'une écoute active ainsi que d'une présence complète. C'est en outre ce qui permet d'établir une relation de confiance : une relation où le patient se sent respecté, digne et un espace où il peut partager ses préoccupations les plus intimes. Il s'agit d'un soin empathique et bienveillant qui peut amener de l'espoir au patient dans le but de faire face à cette terrible réalité qu'est la mort (Hayden, 2011). Les infirmières peuvent agir de différentes façons : l'écoute active, la présence auprès du patient, le respect, le soutien de la dignité, la compassion et la présence empathique (Kisvetrova, Klugar & Kabelka, 2013).

1.1.5. Les soins infirmiers

La spiritualité est sûrement l'un des aspects qui suscite le plus d'incompréhension chez les êtres humains. Peut-être en raison du désaccord qui porte sur les définitions et concepts de la spiritualité spécialement dans la littérature académique. C'est, en effet, pour cette raison que la spiritualité reste une source de confusion dans la prise en soins des praticiens (Hayden, 2011).

Selon une étude en République Tchèque dont le but était d'examiner les activités pratiquées par les infirmières auprès des patients spirituels, les soignants croyants avaient tendance à exercer une activité telle que « prier » avec les patients tandis que les infirmières en soins palliatifs partageaient plus volontiers leurs propres croyances sur le sens et le but de la vie. Les activités les plus fréquentes ont été « de garantir à l'individu que l'infirmière sera disponible pour les soutenir dans les moments de souffrance » puis « d'être ouvert aux sentiments de l'individu sur la maladie et la mort » (Kisvetrová & al., 2013, traduction libre, p.602).

Le rôle des professionnels consisterait à avoir une certaine ouverture d'esprit et pourrait ainsi contribuer à accompagner le patient dans son cheminement spirituel. Le travail, la posture infirmière et les soins qui en découlent sont guidés par un ancrage théorique ; ceci est l'objet de la prochaine section.

2. Cadre théorique

2.1. Ancrage disciplinaire

2.1.1. Choix

Après avoir fait l'analyse de plusieurs théories de soins enseignées durant la formation, la théorie de l'auto-transcendance développée par Reed (1991) a été retenue pour guider ce travail.

Ce choix s'est rapidement révélé évident car le lien entre la spiritualité et l'auto-transcendance a été perçu. La thématique de ce travail porte principalement sur la spiritualité chez les personnes atteintes d'un cancer avancé. Ces dernières vivent leur maladie avec une souffrance physique ainsi que psychique, de ce fait cette théorie met bien en avant le rôle de la spiritualité dans un tel contexte.

En effet, l'auto-transcendance se résume comme la capacité à élargir « ses frontières » sur trois plans (intrapersonnel, interpersonnel et transpersonnel). La maturité joue également un rôle important. Il s'agit bien de pouvoir étendre et augmenter sa conscience et ses perspectives de vie. Dans le cadre de cette thématique, le patient doit faire preuve d'ouverture d'esprit pour interioriser et accepter sa fin de vie. De plus, un regard différent sur la situation vécue permet à la personne en fin de vie de prendre conscience des événements.

2.1.2. Inscription dans la hiérarchie des connaissances

En ce qui concerne ce travail, il se réfère au modèle conceptuel de Rogers étant donné que la théorie de Reed découle de ce dernier. Cette théorie est une théorie intermédiaire qui se base sur la science unitaire de l'être humain (SUHB).

Elle décrit la personne comme étant un être humain unitaire, constamment soumis au changement, d'où le lien avec la théorie de la transcendance. En ce qui concerne les actions de l'infirmière, celles-ci ont pour but d'améliorer la santé et le bien-être de chaque personne, quel que soit son milieu de vie. Les changements sont perçus comme des champs énergétiques en relation avec l'environnement et la personne. Ces champs énergétiques peuvent exprimer des manifestations soudaines et variées. Il s'agit du principe de l'hélicie. Il s'inscrit dans un environnement d'information, de liberté de choix, d'engagement, de responsabilité

et de courage tout en amenant la participation consciente au changement (Pepin, K  rouac & Ducharme, 2010).

La personne est consciente de son état de santé critique. Elle est capable de prendre la décision de retourner à domicile. La personne est ainsi capable de faire face à la mort par le biais de la spiritualité qui consiste en la sphère transpersonnelle selon Reed (2010).

De plus, les hypothèses principales que défend Reed concernent le fait que la personne a le pouvoir de détenir à l'intérieur d'elle-même un potentiel qui influence sa santé, sa croissance et son bien-être.

L'autre hypothèse décrit que la personne est un être humain « pandimensionnel » c'est-à-dire, un système et une conscience ouverte, sans frontière. Cette expansion est existentielle et donne un sens à l'identité et la sécurité de la personne.

Cette hypothèse est basée sur le développement de l'identité, selon Rogers (1979).

Selon Newman (1992), la théorie se situe dans le paradigme unitaire transformatif ou philosophie de l'action simultanée selon Fawcett (1993) ou alors dans le paradigme de la transformation selon Pepin, Kerouac, Ducharme (2010).

Le paradigme de la transformation se définit comme un changement continu et unidirectionnel. De plus, il s'agit d'un processus répétitif en interaction simultanée et réciproque.

La pratique infirmière est orientée vers l'expérience de santé de la personne et a pour but de contribuer à la vision du bien-être que se représentent le patient et sa famille. La santé est le point de départ dans le processus de la compréhension d'un   v  nement pour en identifier les manifestations. La pratique infirmière est principalement basée sur une analyse critique dans un procédé réciproque en tenant compte de l'expérience de la personne et de son entourage ainsi que de la communauté ou de la population. Gr  ce à leurs connaissances et compétences, les infirmières créent une relation avec l'individu et sa famille qui est basée sur le respect des valeurs, croyances et convictions. De plus, le soignant priorise les préoccupations du patient et de son entourage (Pepin & al.,2010).

La théorie de l'auto-transcendance fait partie de l'école de pensée des patterns. « La personne a des façons d'être un humain unique, en relation avec elle-même et l'univers ; elle dispose de façons d'être qui forment un Pattern dynamique de relation mutuelle et simultanée avec l'environnement. » (Pepin & al.,2010, p.44) Dans cette école, les théoriciennes à niveau intermédiaire s'interrogent sur l'attention des infirmières. Cette école est principalement illustrée par la théorie de Martha Rogers et Rosemarie Rizzo Parse.

Dans les sciences infirmières, les savoirs sont en constante évolution et se croisent entre eux. Leurs buts principaux sont de modifier les pratiques infirmières. Ainsi Chinn et Kramer (2008) en distinguent cinq, le savoir empirique, esthétique, personnel, éthique et émancipatoire. Trois de ces savoirs seront développés ci-dessous car ils sont les plus pertinents en relation avec la problématique.

Le savoir personnel fait référence aux expériences personnelles de l'infirmière et de son vécu. Grâce à ces expériences, elle a acquis plusieurs qualités pour les mettre en avant lors d'une situation délicate. Comme le mentionne Carper (1978) une présence réelle, incontestable et ouverte est indispensable pour ce savoir.

Le savoir esthétique prend en considération la situation présente et agit de manière créative pour pouvoir transformer une épreuve, voire la rendre envisageable. Il est lié à l'esthétisme d'un phénomène et remet en question certaines pratiques pour pouvoir avancer dans la théorie et ainsi pouvoir améliorer la qualité des soins.

Le savoir éthique est relatif à tout ce qui est bon, juste, souhaitable et repose sur des principes ainsi que sur des codes. Dans ce savoir l'infirmière peut se poser certaines questions sur la justesse de son action et sur sa responsabilité (Pepin & al., 2010).

2.1.3. Théorie de l'auto-transcendance

Dans cette théorie trois sphères sont mises en avant : la sphère intrapersonnelle, la sphère interpersonnelle et la sphère transpersonnelle. Selon Reed, il faut prendre en compte toutes les sphères car la personne doit développer une sensibilité de la conscience de ces dernières afin de promouvoir la santé et donner un sens aux événements.

Cependant, la théorie de l'auto-transcendance se base principalement sur la sphère transpersonnelle. En effet, cette sphère concerne principalement la spiritualité ainsi que l'acceptation, le cycle de vie et le bien-être.

L'auto-transcendance est caractérisée par un dépassement de soi, mais aussi par une extension de la pensée intérieure comme les croyances, les valeurs ainsi que les rêves et une extension de la pensée extérieure (relation avec autrui et avec l'environnement). Ce phénomène se traduit par une notion de multitemporalité, c'est-à-dire une prise de conscience du passé et du futur afin de l'intégrer dans le présent.

Les personnes matures faisant face à un questionnement concernant la fin de vie acquièrent une conscience étendue de soi et de leur environnement. Cette théorie met en évidence deux buts principaux :

1. Comprendre et améliorer le bien-être
2. Mettre en évidence la notion de développement personnel que permettent les expériences de vie et les événements marquants s'y rapportant (Smith & Liehr, 2008).

Cette théorie s'appuie sur les faits et non sur la théorie. Elle se base donc sur des faits réels et concrets.

Elle s'adapte principalement aux personnes dont la situation est sensible et vulnérable. Le principe essentiel de cette théorie repose sur le postulat que les événements et les expériences de vie douloureuses, comme lors d'une maladie chronique, influencent de manière considérable le développement d'une personne.

Trois événements clés influencent la théorie de l'auto-transcendance :

1. La durée de vie (le développement doit continuer au-delà de l'adolescence passant par l'âge adulte, le vieillissement et le processus de mort).
2. Le changement des êtres humains a donné de nouvelles inspirations au développement de la théorie.
3. La théorie a été incitée par les expériences cliniques liées au développement du bien-être psychologique de l'enfant et de l'adolescent.

La théorie de l'auto-transcendance met en évidence trois concepts essentiels :

1. L'auto-transcendance, comme dans les paragraphes ci-dessus.
2. La vulnérabilité, c'est-à-dire le fait d'être conscient que la mort existe et la probabilité d'éprouver des événements de vie difficiles (maladie chronique, invalidité, accouchement, perte d'un amour, une crise). L'auto-transcendance apparaît naturellement dans ces expériences de vie et peut augmenter le bien-être en transformant les difficultés et les pertes.
3. Le bien-être, qui englobe plusieurs sentiments tels que la plénitude, le bonheur, l'harmonie, l'espoir, le sens donné à la vie (Smith & Liehr, 2008).

Deux autres concepts sont mis en avant par Reed. Le premier concerne les facteurs de modération et de médiation qui mettent en évidence les variables personnelles et contextuelles ainsi que les interactions qui participent au bien-être et qui peuvent agir sur l'auto-transcendance. Les variables en question peuvent être : « l'âge, le sexe, la capacité cognitive, les expériences de vie, les perspectives spirituelles, l'environnement social, et les événements historiques » (Alligood, 2010, traduction libre, p.620.) Ces variables ont la capacité d'affaiblir ou de renforcer les relations entre la vulnérabilité, l'auto-transcendance et le bien-être. Par exemple, « une perte récente et importante peut réduire les relations positives entre l'expérience de la vulnérabilité et de l'auto-transcendance. L'âge ou l'éducation avancée, peut potentialiser les relations entre le dépassement de soi et le bien-être ». (Smith & Liehr, 2008, traduction libre, p.109)

Le second concept concerne les points d'interventions. Les interventions infirmières se focalisent directement sur les ressources personnelles, ou indirectement sur les facteurs personnels et contextuels qui touchent aux relations entre la vulnérabilité et l'auto-transcendance et entre l'auto-transcendance et le bien-être.

Différentes étapes mènent à un état de bien-être chez les patients. D'une part la vulnérabilité agit sur l'auto-transcendance, d'autre part l'auto-transcendance dépend non seulement de la vulnérabilité mais aussi des points d'interventions qui ont justement comme but de promouvoir l'auto-transcendance. En ce qui concerne les facteurs personnels ainsi que les facteurs contextuels, ils vont intervenir et modérer les relations et auront un impact sur le bien-être.

Ces étapes peuvent faire comprendre qu'un patient se trouve au départ dans une période de vulnérabilité. Cette phase est due généralement à une situation vécue, comme une maladie chronique voire mortelle. C'est pourquoi tout un processus voit le jour en passant par l'auto-transcendance, les points d'interventions qui promeuvent cette dernière ainsi que les facteurs personnels et contextuels qui modèrent les relations. Le but est bien sûr d'arriver à un état de bien-être.

Dans la relation soignant et soigné une transformation continue et une croissance personnelle se produisent. L'authenticité et le non jugement sont au cœur de cette relation afin de permettre au patient et à la famille d'extérioriser leurs ressentis et de prendre conscience de leur situation (Alligood, 2010).

A travers la transformation et la transcendance, les infirmières aident les patients à modifier leur point de vue sur leur maladie et à redéfinir leur espoir.

En ce qui concerne la pratique infirmière des soins palliatifs, Reed démontre que ces derniers peuvent soulager la souffrance des patients lors de leur transition. Elle souligne l'importance du temps consacré au patient qui est basé sur la durée, l'espace et le physique. La présence doit être volontaire et authentique. Certaines théories relèvent l'importance pour les infirmières qui prodiguent des soins palliatifs de faire un travail sur elles-mêmes dans le but de prendre conscience de leur degré de spiritualité, de leurs valeurs, de leurs peurs, de la vie et de la mort. C'est grâce à ce travail d'introspection que l'infirmière pourra offrir une présence authentique au patient (Alligood, 2010).

En ce qui concerne notre thématique, ce processus fait ressortir tout ce que l'individu va devoir effectuer, c'est-à-dire toutes les phases par lesquelles il va devoir passer, afin de se trouver dans la phase d'acceptation.

2.2. Métaconcepts

Reed définit les quatre métaconcepts de la manière suivante :

La santé est un processus de vie comportant des expériences de vie positives et négatives durant lesquelles les individus créent leurs propres valeurs et leur environnement dans le but de promouvoir leur bien-être (Alligood, 2010).

Le rôle propre d'une infirmière consiste à venir en aide aux personnes à travers la sphère interpersonnelle ainsi que par la prise en charge thérapeutique de leur environnement. Ce soin demande des compétences afin que la personne puisse atteindre la santé et un sentiment de bien-être (Alligood, 2010).

La personne se développe tout au long de sa vie en interaction avec d'autres personnes, ceci dans un environnement constamment changeant qui pourrait influencer de manière positive ou négative la santé (Alligood, 2010).

L'environnement est constitué de la famille, des réseaux sociaux, de l'environnement physique et des ressources communautaires qui ont contribué de manière significative aux processus de la santé (Reed, 1985).

Cette nouvelle approche métaparadigmatique a été fondamentale pour le futur travail de Reed avec les concepts de la spiritualité et de l'auto-transcendance. L'auto-transcendance est l'un des nouveaux processus lié à la santé. L'objectif global de cette théorie est de permettre aux infirmières d'avoir un regard différent sur la capacité humaine en matière de bien-être (Alligood, 2010).

Reed propose une certaine relation entre différents concepts afin de donner une orientation pour la pratique infirmière. Les soins prodigués ont pour but de faciliter la médiation, l'expérience de vie et les expériences religieuses/croyances. Dans de nombreuses situations de la vie courante, le dépassement de soi peut jouer un rôle essentiel dans la guérison. Dans cette production, la guérison ne sera pas abordée puisqu'il s'agit de soins palliatifs mais nous aborderons la notion de

dépassement de soi qui influe sur l'acceptation de ce qui arrive à la personne. L'auto-transcendance est une ressource supplémentaire pour le patient qui lui permet de trouver du soutien face à sa nouvelle situation de vie.

3. Question de recherche

A la suite de ces premières lectures et à l'ancrage théorique choisi, la question de recherche pour cette revue de littérature est : « La spiritualité joue-t-elle un rôle dans l'acceptation de la maladie et de la mort ? » En effet, cette question de recherche s'inscrit dans le type de questions « descriptives » car tout au long du questionnement, le rôle de la spiritualité a été décrit chez les personnes en fin de vie souffrant d'une maladie mortelle telle que le cancer.

4. Méthodologie

Afin de répondre à la question de recherche, une revue de la littérature a été effectuée. En effet, une liste de mots-clés a été établie à partir de la méthode PICOT (Patient, Intervention, Comparaison, Outcome et Temporalité). Les mots clés utilisés ont été traduits en anglais afin de faciliter les recherches sur les bases de données. Par la suite un diagramme de flux a été élaboré afin de visualiser le nombre d'articles trouvés dans les bases de données, ainsi que le nombre d'articles retenus et exclus par rapport à la problématique. De plus, une analyse détaillée concernant les différents articles retenus a également été fait.

4.1. PICOT

P → Cancer avancé

I → Spiritualité et soins spirituels

C → Patients en soins palliatifs à domicile

O → Acceptation

T → Phase terminale

4.2. Meshs terms

Afin de trouver une recherche de la littérature pertinente, les articles ont été recherchés d'après plusieurs bases de données telles que Cinahl et Pubmed. Les Mesh terms sont en lien avec les concepts de la problématique.

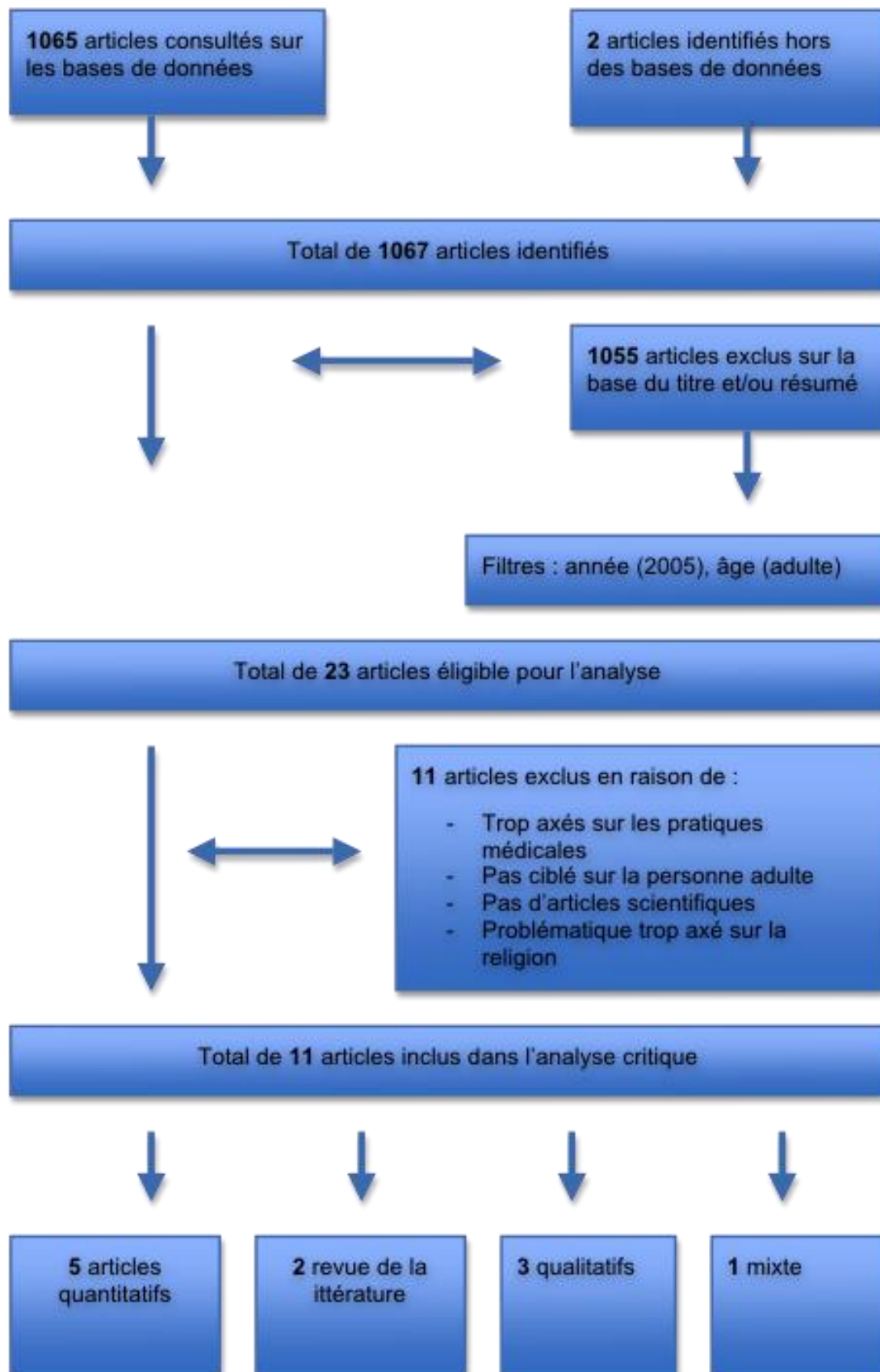
Cinahl :

[Spirituality] AND [Practice] AND [Palliative care] AND [Nurse]
[Spirituality] AND [End of life care]
[Advanced cancer] AND [Spirituality] AND [End of life care]
[Transcendence] AND [Spirituality] AND [Palliative care]
[Oncology patients] AND [Spiritual care] AND [Palliative care]
[Spirituality] AND [Palliative care] AND [Well-being]
[Spirituality] AND [Spiritual care] AND [Palliative care]
[Spirituality] AND [End of life] AND [Advanced cancer]

Pubmed :

[Advanced cancer] AND [Spiritual care] AND [Palliative care] AND [Well-being]
[Cancer advanced] AND [Spiritual care] AND [Well-being]
[Cancer advanced] AND [Spiritual care] AND [Prognostic acceptance]
[Palliative care] AND [Spirituality] AND [Nursing care]

4.3. Diagramme de flux



4.4. Analyse critique des articles

Auteurs - année	Population / Type étude	But de l'étude	Intervention/ Méthode / instruments de mesures	Principaux résultats	Limites
Lopes de Siqueira A, Maria da Silva F, Galdino de Paula V (2011)	<p><u>Population :</u></p> <p>Personnes adultes en unité de soins palliatifs.</p> <p>N articles retenus = 120</p> <p><u>Type d'étude :</u></p> <p>Revue de la littérature sur article de type descriptif exploratrice</p> <p><u>Contexte :</u></p> <p>Non mentionné</p>	<p><u>But :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Découvrir l'importance des soins palliatifs chez les personnes n'ayant pas de possibilités curatives • Décrire la pratique infirmière dans une unité de soins palliatifs à travers la spiritualité. 	<p><u>Méthode :</u></p> <p>Revue de littérature basée sur des recherches actives dans des bibliothèques.</p> <p>Recherche dans des livres concernant la thématique ainsi que des recherches sur des bases de données telles que BDENF, LILACS et SciELO</p> <p>Recherche faite entre 2006 et 2009</p>	<p><u>Résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'association entre les soins palliatifs et la spiritualité a un impact positif sur la personne en phase terminale. • L'infirmière joue un rôle d'alliée auprès du patient proche de la mort. • Les soins spirituels demandent à être prodigués à partir des besoins de la personne. • L'infirmière joue un rôle primordial dans le bien-être des patients en fin de vie. <p><u>Concepts clés :</u> Spiritualité, soins palliatifs, soins infirmiers</p>	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspect abordé concernant la religion ou la psychologie • Le cancer n'est pas spécialement explicité.

<p>Mok E, Wong F, Wong D (2009)</p>	<p><u>Population:</u> Population chinoise adulte en fin de vie. N= 15</p> <p><u>Type d'étude :</u> Étude qualitative exploratrice phénoménologique</p> <p><u>Contexte :</u> Dans un hôpital qui possède une unité de soins palliatifs.</p>	<p><u>But :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorer l'importance et le sens de la spiritualité chez des personnes en fin de vie en Chine. 	<p><u>Méthode :</u></p> <p>Enquête menée par le biais d'interviews auprès de 15 patients chinois en 2007</p>	<p><u>Résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Selon l'enquête menée, les patients ont besoin d'être entendus. Selon eux, l'acceptation de la mort est un processus de la vie» qui mène à la sérénité mentale. Les infirmières peuvent contribuer à leur bien-être. • Si les infirmières peuvent offrir un environnement paisible basé sur la compassion, qui facilite le processus d'acceptation, la vie spirituelle en serait améliorée. • Les professionnels de la santé devraient être présents afin de faciliter la spiritualité des patients. • Chez des personnes en phase terminale, la spiritualité aide à donner du sens à la situation vécue. 	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Etude basée sur la population chinoise. • culture chinoise (bouddhisme, taoïsme)
---	--	--	--	--	---

<p>Dose A, Leonard B, Peden McAlpine C, Kreitzer M.J</p> <p>(2014)</p> <p>(Cf annexe 1)</p>	<p><u>Population:</u></p> <p>Personnes adultes recevant des soins palliatifs</p> <p>N= 11</p> <p><u>Type d'étude:</u></p> <p>Etude qualitative phénoménologique</p> <p><u>Contexte:</u></p> <p>Non mentionné</p>	<p><u>But :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Décrire et interpréter l'expérience vécue de la spiritualité chez les adultes nécessitant des soins palliatifs en fin de vie 	<p><u>Méthode:</u></p> <p>Etude basée sur la nature de l'expérience vécue, l'écriture et les entretiens.</p>	<p><u>Résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les participants n'ont pas été interrogés sur leur religion afin de garder l'intérêt sur la spiritualité. La famille a été qualifiée comme étant une ressource essentielle même si le patient peut se considérer comme un fardeau pour eux. Chaque moment de la vie et sa réalisation ont fait d'eux ce qu'ils sont aujourd'hui. La spiritualité est, pour la plupart, vécue à travers la connectivité, les moments de vie spirituelle, le fait de rassembler certains événements du passé et la religion. Pour certains, elle peut représenter une croyance, des moments difficiles que ces personnes ont pu endurer dans leur vie. Mais pour d'autres, il s'agit d'une manière de survivre et de supporter ce que la vie leur a donné. Ceci sans penser aux regrets ou à ce qui aurait pu leur procurer du bonheur ou pas. 	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les participants n'ont pas fini l'étude pour des raisons de santé. Les patients participant à l'étude n'ont pas de lourds symptômes et sont cognitivement intacts afin de pouvoir répondre aux entretiens. • Les consignes n'ont pas toujours pu être vues ou lues dû à l'échantillon d'une population âgée. Il était difficile pour les participants de garder le focus sur la spiritualité
---	--	--	--	--	--

<p>Ronaldson S, Lillian Hayes L, Aggar C, Green J and Carey M (2012)</p>	<p><u>Population:</u></p> <p>Infirmières en soins palliatifs et en soins aigus</p> <p>N= 92 infirmières</p> <p><u>Type d'étude:</u></p> <p>Etude quantitative, transversale</p> <p><u>Contexte:</u></p> <p>Service communautaire de soins palliatifs. Tois centre de soins palliatifs. Trois hôpitaux de soins de courte durée</p>	<p><u>But :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier et comparer les pratiques de soins spirituels dans les deux différents secteurs. • Déterminer une corrélation entre l'aspect spirituel des infirmières et leur bienveillance spirituelle. • étudier les obstacles des soins spirituels. 	<p><u>Méthode:</u></p> <p>Etude transversale 42 infirmières des soins palliatifs de trois centres et 50 infirmières des soins aigus de trois grands hôpitaux.</p> <p><u>Instruments de mesures:</u></p> <p>Spiritual Perspective Scale (SPS) mesure l'impact de la spiritualité dans la vie et l'engagement dans les interactions ou les activités en lien avec la spiritualité.</p> <p>Spiritual Care Practice Questionnaire (SCPQ), un questionnaire mesurant la pratique des soins spirituels.</p>	<p><u>Résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les deux groupes ont démontré des différences significatives. La bienveillance face à la pratique spirituelle a été mise en avant chez les infirmières en soins palliatifs. Les scores de SPS ont été différenciés entre les groupes. Les infirmières en soins palliatifs avaient un score plus élevé en terme de perspective (4,1 vs. 3,7, $p < 0,05$). Les scores SCPQ ont également démontré une différence, les infirmières des soins palliatifs ont obtenu un score de 31 et celles des soins aigus un score de 25 ($p < 0,001$). Une corrélation a été statistiquement significative entre le SPS et le SCPQ chez les infirmières en soins palliatifs ($r = 0,37$, $p = 0,02$). Il s'agit dans ce cas d'une relation positive. 	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les différents secteurs en soins aigus qui ont participé à l'étude ont été ciblés : plusieurs environnements médicaux et post chirurgicaux tels que la chirurgie générale, l'orthopédie, les unités de soins médicaux et la cardiologie.
--	--	--	---	--	--

<p>Thompson G, Chochinov H, Wilson K, McPherson C, Gagnon P, Kuhl D, O'Shea F, Fainsinger R</p> <p>(2009)</p>	<p><u>Population:</u></p> <p>Patients diagnostiqués avec un cancer en phase avancée avec une estimation de survie de 6 mois et recevant des soins palliatifs.</p> <p>N = 381</p> <p><u>Type d'étude:</u></p> <p>Étude mixte</p> <p><u>Contexte :</u></p> <p>Unité de soins palliatifs Hospices Soins à domicile</p>	<p><u>But :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier l'impact pronostic de l'acceptation ou non-acceptation sur le bien-être physique, psychologique et existentiel des patients atteints de cancer avancé 	<p><u>Méthode:</u></p> <p>Entretiens semi structurés</p> <p><u>Instruments de mesures:</u></p> <p>échelles de mesures (PPS; SISC)</p>	<p><u>Résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 74% acceptent pleinement leur situation • 8.6% acceptent modérément et lutte sévèrement contre la maladie • Si les proches acceptent la situation cela facilite le processus d'acceptation du patient • Les patients non-acceptants étaient susceptibles d'avoir un diagnostic de dépression $P < 0.1$ • Les patients non acceptants étaient des jeunes $P < 0.00$ et avaient un haut niveau scolaire et un réseau social réduit $P < 0.5$ 	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eventuel biais dans l'échantillon car les patients sont déjà en soins palliatifs et donc l'acceptation pourrait être plus élevée que les autres.
---	---	--	---	--	--

<p>Murray S, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton F</p> <p>(2004)</p>	<p><u>Population:</u></p> <p>Patients atteints de cancer du poumon inopérable</p> <p>N = 40</p> <p><u>Type d'étude:</u></p> <p>Étude prospective qualitative</p> <p><u>Contexte :</u></p> <p>Hôpital</p>	<p><u>But :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer si les patients souffrant de maladies mortelles et leurs proches aidants considèrent qu'ils éprouvent des besoins spirituels importants. 	<p><u>Méthode:</u></p> <p>Entrevues, entretiens qualitatifs</p>	<p><u>Résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Questions spirituelles sont importantes et souvent un besoin non-satisfait pour les patients et pour les aidants • L'espoir n'est pas rempli • Se sentent inutiles et comme un fardeau pour leurs proches • Exclus de tout rôle social • Beaucoup de changements physiques liés à la maladie • Sentiment de perte du contrôle de sa vie 	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients à l'hôpital • Deux groupes de pathologies différentes donc ont-ils les mêmes besoins?
---	--	---	---	--	---

<p>King M, Llewellyn H, Leurent B, Owen F, Leavey G, Tookman A, Jones</p> <p>(2013)</p>	<p><u>Population:</u></p> <p>Patients recevant des soins palliatifs.</p> <p>N = 170</p> <p><u>Type d'étude:</u></p> <p>Étude de cohorte longitudinale Etude quantitative</p> <p><u>Contexte :</u></p> <p>Soins spécialisés à domicile</p>	<p><u>But :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Chercher à enquêter sur les hypothèses que les croyances spirituelles deviennent plus fortes en fin de vie et que les croyances spirituelles fortes sont associées à moins d'anxiété, dépression et à une plus faible consommation de médicaments. 	<p><u>Méthode :</u></p> <p>Entretiens</p> <p>Debriefing avec les membres cliniques de recherche</p> <p>Échelle BVS (beliefs and Values scale)</p>	<p><u>Résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plus de 97% des participants avaient un cancer avancé et un degré de croyances spirituelles léger mais qui n'a pas vraiment augmenté au cours des 10 semaines de l'étude. Cependant il y a une tendance à diminuer la prescription analgésique. • Les croyances plus fortes seraient associées à une diminution de l'anxiété et de la dépression en fin de vie. • Le stress vécu à l'approche de la mort peut être si écrasant qu'il accable tout avantage psychologique aux personnes. 	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins à domicile → est ce généralisable ? • Une réponse de seulement 34%. Pas suffisamment d'informations pour comparer les participants et non participants.
---	---	--	---	---	--

Richardson P (2012)	<u>Population :</u> Patients atteints d'un cancer. N = N'apparaît pas <u>Type d'étude :</u> Il s'agit d'une revue de la littérature partielle. <u>Contexte :</u> Pas mentionné	<u>Objectifs :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Décrire l'effet de la spiritualité et de la religiosité dans les soins du cancer. 	<u>Mesh termes :</u> Pas énoncé <u>Bases de données :</u> Pas énoncé	<u>Résultats :</u> <ul style="list-style-type: none"> • La satisfaction des patients à propos des soins spirituels est associée à la manière dont les patients estiment que leurs besoins spirituels sont satisfaits ou non. • Les infirmières seraient plus efficaces en reconnaissant les attentes de chaque individu avant de prodiguer les soins afin que l'application des soins spirituels soit efficace. 	<u>Limites :</u> <ul style="list-style-type: none"> • La satisfaction des patients est bien décrite mais il manque des statistiques concrètes. • La spiritualité est bien mise en avant et liée au bien-être spirituel mais est trop corrélée avec la religion qui n'est pas le thème du sujet de travail de bachelor. • Ne mentionne pas la méthodologie de recherche documentaire
----------------------------	--	---	---	--	---

<p>McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W</p> <p>(2003)</p> <p>(Cf annexe 2)</p>	<p><u>Population :</u></p> <p>Patients atteints d'un cancer.</p> <p>N = 160</p> <p><u>Type d'étude :</u></p> <p>Il s'agit d'une recherche quantitative.</p> <p><u>Contexte :</u></p> <p>Hospitalisés en soins palliatifs à New York, avec une espérance de vie de moins de 3 mois.</p>	<p><u>But :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Démontrer l'effet du bien-être spirituel sur le sentiment de désespoir des patients 	<p><u>Méthode :</u></p> <p>Des interviews ont été réalisées auprès de 160 individus sur une période de 18 mois.</p> <p><u>Instruments de mesures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'échelle de l'évaluation fonctionnelle de la maladie chronique et du bien-être spirituel (FACIT-SWB) • L'échelle de la dépression de Hamilton (HDRS) • L'échelle du désespoir de Beck (BHS) • Test cognitif « Mini-Mental State » (MMSE) 	<p><u>Résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le bien-être spirituel pourrait diminuer le sentiment de dépression ainsi que l'envie de mourir, mais n'a pas de lien avec les idées suicidaires contrairement, par exemple, à la religion qui, elle, peut interdire le suicide. <p>P < 0.0001</p>	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'échelle utilisée ne mesure pas la spiritualité en elle-même mais la mesure dans laquelle les personnes trouvent un soutien à travers la spiritualité. • Aucun résultat ne démontre si des interventions de soins existent.
---	--	---	---	---	---

<p>Haugan G, Rannestad T, Hammervold R, Garasen H, Espnes G.A (2012)</p> <p> </p>	<p><u>Population :</u></p> <p>Patients résidant dans une maison de retraite.</p> <p>N = 202</p> <p><u>Type d'étude :</u></p> <p>Etude quantitative</p> <p><u>Contexte :</u></p> <p>En Norvège</p>	<p><u>But :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les liens entre l'auto-transcendance et le bien-être spirituel. 	<p><u>Méthode :</u></p> <p>Conception transversale en utilisant des questionnaires.</p> <p><u>Instruments de mesures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'échelle de l'auto-transcendance (STS) • L'échelle de l'évaluation fonctionnelle de la maladie chronique et du bien-être spirituel (FACIT-Sp) 	<p><u>Résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour acquérir la paix intérieure il a été démontré que la participation avec les autres, l'apprentissage et la sagesse sont des ressources essentielles. Au contraire, les personnes n'y participant pas pourraient se sentir isolées, inutiles et pourraient représenter un résultat négatif sur la paix intérieure. • En conséquence, ces ressources pourraient soutenir la croissance personnelle vers de nouvelles et plus profondes compréhensions de la vie, de la mort. 	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Un plus large échantillon aurait conduit à des statistiques plus précises. • Plusieurs limites ont été trouvées comme la longueur des questionnaires ainsi que les questions posées de vive voix par les enquêteurs.
---	---	--	--	---	---

<p>Kisvetrova H, Klugar M & Kabelka L (2013)</p>	<p><u>Population :</u></p> <p>Deux groupes d'infirmières</p> <p>N= 468</p> <p><u>Type d'étude :</u></p> <p>Etude quantitative</p> <p><u>Contexte :</u></p> <p>En République Tchèque</p>	<p><u>But :</u></p> <p>Examiner quelles activités ou interventions de la classification des soins infirmiers (NIC) du soutien spirituel sont utilisés chez les patients avec le diagnostic infirmier « anxiété de mort »</p>	<p><u>Méthode :</u></p> <p>Interrogation de 468 infirmières avec des questionnaires et une échelle de Likert.</p>	<p><u>Résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • L'activité la plus utilisée par les infirmiers était : <ul style="list-style-type: none"> - Traiter un individu avec respect et dignité (P<0.0001) <p>Au contraire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prier avec l'individu (1.5%) <ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières peuvent être confrontées à des barrières pour faire ces activités telles que : la compétence, religion, vie privée, heure et gestion du travail. • Il est important pour les patients d'avoir un personnel disponible et à l'écoute pour les guider et les aider à accepter leurs pensées. 	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Etude pilote • Peu de réponses aux questions ouvertes sur les circonstances associées à l'utilisation des activités. Les résultats suggèrent que certaines infirmières prodiguent un soutien spirituel sans en être conscientes.
---	---	--	---	--	---

5. Revue de la littérature

5.1. Résultats

5.1.1. *La spiritualité*

Les personnes conçoivent leur vie tout en impliquant leurs propres valeurs et le sens qu'ils attribuent à leur vie. Pour obtenir des réponses face à ces questions complexes, un certain nombre de patients se tournent vers la religion. D'autres découvrent un soutien en allant chercher dans leurs croyances spirituelles. Certaines données ont soutenu pour hypothèse que le bien-être psychologique des patients pourrait aider la personne à s'adapter à sa nouvelle situation dans la maladie (McClain, Rosenfeld & Breitbart, 2003).

Il existe également des moments de spiritualité qui interviennent la plupart du temps lors d'un instant de colère, de détresse ou de besoins spécifiques. Les moments de spiritualité sont définis par des événements marquants ou significatifs de leur vie qui ont fait d'eux ce qu'ils sont aujourd'hui. Chez ce type de patients, la spiritualité se caractérise à travers la connectivité à Dieu ou à d'autres croyances, à la religion, à certains moments de vie et au fait d'avancer malgré la situation. Certaines personnes ont défini la spiritualité comme étant une manière de survivre et d'accepter ce que la vie leur a donné sans pensée particulière ni regret qui pourrait les amener ou les éloigner du bonheur (Dose, McAlpine, Leonard & Kreitzer, 2014). La spiritualité peut être considérée comme un facteur de remise en activité dans la maladie en fin de vie. Les croyances religieuses et spirituelles ont le pouvoir d'augmenter la résilience d'un patient lors d'épisodes de dépression, d'anxiété et de stress. (King, Llewellyn, Leurent, Owen, Leavey, Tookman & Jones, 2013).

5.1.2. *Différence avec la religion*

Contrairement à la religion, la spiritualité recherche une certaine construction de paix, un sens et un but. Elle est qualifiée comme ayant un impact plus important que la religion (Richardson, 2012). Il existe tout de même une corrélation significative entre ces deux composantes telle que l'acceptation de la mort, les pratiques qui impliquent les prières et le service pratique religieux, les croyances qui mettent en avant que la vie est un tout avec ou sans maladie, la transformation qui cherche à trouver un sens à la vie ainsi que la culture et la communauté (Richardson, 2012).

5.1.3. *La transcendance :*

Reed (1992) décrit la spiritualité comme « une expression de la capacité de développement de l'auto transcendance. »

L'aptitude à accepter et à faire face à la maladie est spécifiquement liée aux ressources spirituelles personnelles du patient (Haugan, Rannestad, Hammervold, Garasen & Espnes, 2012). Certes, la spiritualité peut s'entrevoir de manière totalement différente selon les patients, cependant, la spiritualité peut procurer une auto-transcendance chez ces derniers. Trouver un but et un sens à la vie en situation de phase terminale peut être une ressource pour faire face à la maladie, aux pertes, à la solitude, au désespoir et à la mort.

Le vécu de la spiritualité peut s'exprimer dans un contexte de liens bienveillants avec soi-même mais aussi par la nature d'une force extérieure de vie ou avec Dieu. De ce fait, le bien-être spirituel peut être lié à la connectivité (Haugan & al., 2012).

La reconnaissance des ressources spirituelles des patients par les infirmières est essentielle pour favoriser et consolider le bien-être ainsi que la recherche en soins infirmiers et l'observation des relations entre le bien-être spirituel et l'adaptation. La transcendance est qualifiée comme étant un processus d'adaptation puissant comprenant l'adaptation à la détresse physique, émotionnelle et spirituelle. Les soins spirituels aident à la facilitation de l'auto-transcendance chez les patients (Haugan & al., 2012).

La théorie de l'auto-transcendance apporte une meilleure compréhension du bien-être chez les personnes en âge avancé représentant celle-ci comme la création du bien-être auprès d'une population vulnérable. Dans un lieu comme un établissement médico-social, le mécanisme de développement de l'auto-transcendance chez les patients est incité par le processus de la vieillesse et la confrontation à la mort (Haugan & al., 2012).

L'annonce d'une maladie mortelle ou la peur de la rechute est comme un signal de mort proche et soudaine et peut donc induire des émotions négatives telles que l'anxiété et la détresse spirituelle. La peur de la mort peut être liée à un sentiment de perte ou de diminution de la dignité qui pourrait induire le sentiment de se « réjouir » de la mort. La dignité protège la personne de l'angoisse de mort et est une caractéristique essentielle pour les patients en fin de vie (Kisvetrova & al., 2013).

5.1.4. Le ressenti des patients

En ce qui concerne la représentation que peuvent avoir les patients du vécu de la maladie, la douleur physique est un symptôme moins pris en considération par les patients, contrairement à la douleur psychique, qui elle, prédomine (McClain & al., 2003).

Chez certaines personnes, le sentiment de désespoir ou de découragement peut se faire ressentir, cependant, pour d'autres, ce sont des sentiments qui peuvent induire la personne à des idées suicidaires ainsi qu'à un désir de mort. Spécifiquement chez les personnes souffrant de cancer, plusieurs résultats d'études démontrent que la dépression est liée au désir de mort et aux idées suicidaires (McClain & al., 2003). Lorsqu'une personne se trouve en fin de vie, celle-ci se retrouve à réfléchir à différents aspects de sa vie. Cette réflexion, permettant de donner des significations à ce qu'elle vit, donne l'opportunité d'apporter un nouveau regard, de diminuer cette douleur émotionnelle pour ainsi se préparer à la mort (Dose & al., 2014).

Pour certains patients, la bataille avec la maladie leur a permis de donner un sens et un but afin de faire face à leur expérience de vie. D'autres ont exprimé un sentiment d'inutilité, de dépendance à l'égard des autres, d'exclusion de leur famille et des rôles sociaux. Tout cela est amplifié par des changements de l'image corporelle, une altération du sens et une remise en cause de leur estime de soi et de leur valeur (Murray, Kendall, Boyd, Worth & Benton, 2004).

La détresse psychologique est un aspect qui survient régulièrement chez les personnes se trouvant en fin de vie. L'apparition d'un état de bien-être spirituel pourrait être un élément essentiel pour la personne afin de pouvoir faire face au pronostic de fin de vie. Certains sentiments comme la dépression, le désespoir et l'anxiété apparaissent couramment chez les individus au fil du temps lorsqu'ils se rapprochent de la phase terminale de la maladie (McClain & al., 2003).

5.1.5. Les besoins spirituels

La douleur spirituelle peut être exprimée de manières différentes. Elle peut par exemple être exprimée par un conflit intra psychique ou des conflits avec le Divin. Il peut y avoir une corrélation entre la douleur spirituelle ou la détresse spirituelle et la dépression.

L'intensité de cette douleur ne varie pas en fonction de l'âge, du sexe, de l'évolution de la maladie ni même de l'appartenance religieuse (Chaturvedi, 2007).

Certains patients souhaiteraient que les professionnels fournissent des soins spirituels. Cependant, pour d'autres ces soins pourraient causer de la détresse spirituelle car cela endommagerait leur dignité et leur estime de soi des patients (Murray & al., 2004).

Le positionnement et le regard que peuvent avoir les infirmières sur la spiritualité ont toute leur importance aux yeux des patients. Le sentiment d'isolement est souvent ressenti par les patients lorsque la position d'autrui n'est pas respectée. Pour aborder un tel sujet, il est important d'obtenir l'accord du patient sans l'influencer (Richardson, 2012). Ceci sans empêcher l'infirmière de partager sa propre expérience. Les patients souffrant d'une maladie incurable peuvent parfois ressentir un sentiment d'inutilité en raison de leur état de santé. Afin d'éviter cette sensation, les patients attendent de la compassion et de l'empathie de la part des soignants. Cela faciliterait l'acceptation et leur donnerait de l'espoir tout en améliorant leur vie spirituelle (Mok, Wong & Wong, 2009).

Il en résulte qu'aucun traitement contre la solitude, la perte d'identité, l'insignifiance, le désespoir, la peur ou la mort n'existe. Le plus important pour ces patients est de trouver encore un sens à leur vie par l'amour, la foi et l'espérance. Si l'équipe soignante offre un environnement serein, cela facilitera l'acceptation et augmentera la vie spirituelle des patients. La spiritualité leur offre une possibilité d'accepter leurs limites personnelles en la mettant entre les mains d'une puissance transcendante (Siqueira & al., 2011).

La difficulté de l'infirmière au sein des soins palliatifs est due au manque de préparation et également à l'absence d'un environnement favorable qui permettrait des soins individualisés, ou en compagnie de parents et d'amis. L'intégration de méthodes palliatives avec la spiritualité a été réalisée en vue du nombre élevé de patients n'ayant pas d'autres possibilités thérapeutiques. De plus des méthodes ont été mises en place en raison du manque de préparation des professionnels afin de gérer les besoins spirituels visant un repos sans souffrance. Les soins palliatifs à travers la spiritualité sont un moyen d'accueillir le décès (Siqueira & al., 2011).

Pour ce qui est des soins palliatifs chez les patients en phase terminale, il est primordial de comprendre le caractère de chacun, ce qui pourrait soulager ou pas certains patients.

La baisse de motivation en fin de vie, est toujours un drame pour le patient et la famille. Il est essentiel d'accompagner en soutenant le patient (Siqueira & al., 2011).

Les besoins spirituels sont une caractéristique essentielle et holistique des soins. Pourtant, les professionnels peuvent éviter ces soins par manque de temps, formation insuffisante, une mauvaise compréhension de la spiritualité et un sentiment de vulnérabilité personnelle dans un domaine où les solutions sont rares (Murray & al., 2004).

La spiritualité et le bien-être favorisent une meilleure qualité de vie ainsi qu'un autre regard sur les soins comme une amélioration de la perception et la satisfaction. Elle permet également de prolonger les derniers instants de vie. En revanche, les patients qui n'accordent pas d'importance à la spiritualité peuvent se retrouver face à un sentiment de détresse et d'isolement, à une augmentation de la douleur, au désespoir et une colère (Richardson, 2012).

A travers les enquêtes, il en ressort que la famille est une ressource très importante et sûrement la plus importante de leur vie. Elle est un encouragement pour le patient à travers l'amour qu'elle lui apporte. Cependant, certains ont pu exprimer leur peur d'être considéré comme un fardeau pour la famille (Dose & al., 2014). D'importantes ressources ont été analysées telle que la musicothérapie, les interventions religieuses, la méditation, l'imagerie guidée, l'hypnose comme améliorant la qualité de vie.

5.1.6. Les soins spirituels

Actuellement, les prestations fournies par le système tendent à exclure certaines formes de soins palliatifs comme la spiritualité, mettant l'accent sur les soins thérapeutiques malgré la demande croissante des patients. Cet état de fait peut être dû au manque de connaissances des bénéfices et des avantages d'une telle demande.

Vulnérables en raison de la proximité de la mort, les patients se sentent plus fragiles, et diminuent leurs chances de guérison ou de survie. La spiritualité leur apporte une force majeure, où ils se sentent motivés pour combattre la maladie qui les affecte. Les soins palliatifs sont un élément clé dans les soins infirmiers afin de minimaliser la souffrance physique et psychique des patients.

Les soins répondant aux besoins spirituels sont encore à développer. Le fait de ne pas répondre aux besoins ou aux préoccupations spirituelles pourrait intensifier les symptômes

en fin de vie et diminuer la qualité de vie. Deux critères ont notamment relevé l'impact de la spiritualité chez ce type de personnes. Ils se traduisent par la diminution des symptômes d'anxiété et de la dépression. Grâce à l'empathie et au temps passé auprès des patients, les soins effectués peuvent être plus développés.

Humaniser le ressenti de la douleur, de la souffrance et de la perte exige des qualités relationnelles plus approfondies. L'entente entre le patient, son entourage et les professionnels de la santé favorise une meilleure relation thérapeutique et permet ainsi de protéger la dignité et les valeurs du patient (Siqueira, Silva & Galdino de Paula, 2011).

Les infirmières se trouvent en première position pour pouvoir instaurer une relation de confiance avec le patient afin de lui accorder une liberté d'expression de ses sentiments sans avoir peur d'être jugé.

Le soin spirituel exige des compétences en soins infirmiers telles que le respect, l'empathie, l'écoute et la compassion mais aussi une attitude verbale et non verbale appropriée. Cela va aider l'infirmière à surpasser l'appréhension de s'immiscer dans le monde spirituel du patient. L'altruisme est un aspect fondamental dans la prise en soins spirituelle car elle garantit la priorité des besoins du patient.

Cependant, il est important que les infirmières veillent à ne pas imposer leurs propres visions de la spiritualité. Toutefois, elles peuvent partager leurs propres expériences mais ne devraient pas influencer l'individu.

Les infirmières devraient incorporer les soins spirituels comme partie intégrante des soins infirmiers en soins palliatifs (Richardson, 2012).

Plusieurs avantages des soins spirituels ont été mis en avant comme l'amélioration de la capacité d'adaptation, le sentiment d'être une personne à part entière, une certaine sérénité et la volonté de vivre (Richardson, 2012).

Avant de mettre en pratique les soins, les soignants devraient être capables d'identifier et d'évaluer les besoins spirituels des patients. De ce fait, cinq moyens d'évaluation ont été mis en place pour l'évaluation. Les dimensions morales, professionnelles, esthétiques, sociales et le modèle de transcendance. La morale comprend le respect des choix des patients en lien avec sa prise en soins. La dimension professionnelle est caractérisée par l'interférence de ces activités professionnelles et par le sentiment de soutien venant des soignants afin de valoriser et d'éviter une détresse supplémentaire. Il est difficile d'encourager la créativité des patients dans la dimension esthétique à la maladie. De ce

fait, il est important qu'ils puissent trouver avec la collaboration des soignants d'autres alternatives. La dimension la plus compromise est la dimension sociale en raison de l'importance de la fatigue qui les pousse à l'isolement. Dans cette situation, il est primordial de reconnaître l'intérêt de l'aspect social et proposer des soins comme des groupes de soutien. La notion de transcendance fait référence à l'existence d'une force supérieure reconnue par les patients qui renvoie à la foi et à toutes croyances en dehors du monde naturel. Elle permet au patient de garder l'espoir et un sens à la vie malgré les souffrances qu'il subit. La transcendance est indispensable au bien-être des patients (Richardson, 2012).

Le rôle infirmier dans l'approche spirituelle consiste à contribuer aux prestations des soins spirituels notamment lorsqu'il n'y a pas de traitement efficace. Étant donné que les connaissances du sujet tendent à augmenter, il devient primordial que les infirmières prodiguent des soins holistiques en améliorant leurs compétences de communication et culturelles.

Les actions infirmières pour accompagner les patients et leur offrir un soutien spirituel sont liées à l'écoute active, la présence autour du patient et le respect de la dignité. Toutefois, si l'infirmière arrive à percevoir son niveau de spiritualité, elle pourrait ainsi offrir un meilleur soutien (Kisvetova & al., 2013).

L'étude de Kisvetova & al a pour but d'étudier quelles activités de soutien spirituel sont utilisées chez les patients en fin de vie avec comme diagnostic infirmier « anxiété de mort ».

Il n'existait pas d'études sur ces activités en soins palliatifs jusque-là, notamment sur le soutien spirituel en République Tchèque. C'est pourquoi cette étude est une étude pilote.

Selon plusieurs questionnaires distribués dans différentes unités de soins, l'activité la plus utilisée par les infirmières était:

- Traiter un individu avec respect et dignité (37.6 %) ; ($P > 0.0001$)

Au contraire, l'activité la moins utilisée était :

- Prier avec l'individu (1.5%)

Toutefois la faisabilité de ces activités menées par les infirmières (83%) est contraignante. En effet, les infirmières déclarent être confrontées à des barrières telles que : la compétence, la religion, la vie privée, l'heure et la gestion du travail.

D'après cette étude, les résultats démontrent que les infirmières tchèques prennent en soins les patients en fin de vie dans une dimension plus existentielle. C'est-à-dire, qu'elles vont s'attarder sur le respect, la dignité, l'écoute active plutôt que sur la prière, l'aumônier ou autre. L'étude révèle également que la croyance du soignant joue un rôle dans le soutien spirituel aux patients.

Lors de la période totalitaire en République Tchèque, les soins physiques prenaient le dessus sur les autres besoins des patients. En effet, les infirmières pensaient que les soins alternatifs n'étaient pas de leur ressort mais plutôt de celui des psychologues ou des aumôniers cliniques. Cette déclaration peut être le résultat de la non-croyance en République Tchèque. En effet, la population Tchèque est en grande partie non religieuse et donc porte moins d'intérêt au soutien spirituel.

Cependant, la recherche démontre tout de même l'importance pour les patients d'avoir à leurs côtés du personnel soignant disponible et à l'écoute pour les guider et les aider à accepter leurs pensées (Kisvetrova & al., 2013).

Une étude sur les perspectives et la pratique des soins spirituels dans des milieux différents a comparé le soin spirituel entre des infirmières en soins palliatifs et celles en soins aigus.

Plusieurs différences sont apparues entre ces différents groupes d'infirmières. La bienveillance de la pratique spirituelle des infirmières dans les soins palliatifs était plus évidente. L'étude démontre un obstacle à la pratique du soin spirituel commun entre les deux groupes d'infirmières à savoir le manque de temps. De plus, les infirmières des soins aigus ont évoqué l'intimité des patients comme un autre obstacle.

La bienveillance spirituelle influence les perspectives spirituelles des infirmières en soins palliatifs. Ces infirmières sont plus sûres d'elles dans leur pratique grâce à leur expérience contrairement aux infirmières des soins aigus, ce qui pourrait justifier les différences.

Les soins spirituels peuvent être soutenus par la compassion et le développement spirituel notamment en début de carrière. Les recherches concernant les obstacles des soins

spirituels dans les soins aigus sont aujourd'hui conseillées afin d'améliorer la pertinence clinique (Ronaldson, Hayes, Aggar, Green & Carey, 2012).

Les pratiques infirmières peuvent également être influencées par le lieu dans lequel elles travaillent.

Il a été décrit comment les soins spirituels sont différés dû à une surcharge de travail.

Pendant longtemps, la spiritualité a été représentée comme un aspect difficile à exploiter en raison de sa complexité et du manque de connaissance du sujet.

Les infirmières en psychiatrie ont aussi mentionné le fait que la spiritualité est difficile à détecter chez les patients.

En réhabilitation, les infirmières décrivent la spiritualité à travers le respect, le soutien et la création d'une relation. Leur pratique est souvent inspirée par un fort sentiment spirituel propre à la personne.

Les infirmières en soins intensifs peuvent effectuer des soins comme offrir une présence aux patients qui souffrent de maladie avec un pronostic défavorisant. La préoccupation de la spiritualité peut également se manifester à travers l'utilisation du toucher dans des unités de soins aigus.

L'étude a restreint le nombre de secteurs participants. Plusieurs environnements médicaux et post chirurgicaux telles que la chirurgie générale, l'orthopédie, les unités de soins médicaux et la cardiologie.

La récolte des données a été effectuée à travers un questionnaire comprenant une enquête sociodémographique et deux outils de recherche évaluant la spiritualité et le soin spirituel chez les infirmières. Les outils en questions sont l'échelle de la perspective spirituelle (SPS) et un questionnaire sur la pratique des soins spirituels (SCPQ).

Le SPS mesure l'impact de la spiritualité dans la vie et l'engagement dans les interactions ou les activités en lien avec la spiritualité.

Le SCPQ mesure les soins spirituels, les interventions liées à la pratique et les obstacles.

Les scores observés du SPS entre ces deux groupes étaient différents. Les infirmières des soins palliatifs avaient un score supérieur aux infirmières des soins aigus (41 vs 37, p

<0,05). Une différence a également été observée en ce qui concerne les scores du SCPQ. Les infirmières des soins palliatifs ont obtenu un score plus élevé que celui des infirmières en soins aigus ($p < 0,001$).

Une corrélation positive a été observée entre leur score de SPS ou SCPQ ($r = 0,37$, $p = 0,02$). Cependant, ce résultat n'a pas pu être constaté chez les infirmières en soins aigus.

Il n'en résulte aucune corrélation statistiquement significative entre les deux groupes entre la pratique spirituelle et les obstacles aux soins. L'unique variable démographique en lien avec les soins spirituels des infirmières en soins palliatifs était l'expérience acquise tout au long de leur carrière ($p < 0,05$). Les différences constatées peuvent s'expliquer par la différence d'âge de ces infirmières (Ronaldson, Hayes, Aggar, Green & Carey, 2012).

5.1.7. La satisfaction des patients

Les besoins spirituels non satisfaits des patients joueraient un rôle dans le jugement de la qualité des soins infirmiers.

Les infirmières se rendraient plus disponibles et donc plus efficaces auprès des patients en reconnaissant les besoins de chacun avant de prodiguer les soins infirmiers. Dès lors que le souhait du soin spirituel est identifié, l'infirmière devrait rechercher les particularités de ces besoins.

Le besoin d'approcher le thème de la spiritualité ainsi que de la religion se ferait ressentir chez les patients afin d'améliorer leur qualité de vie et ainsi encourager leur satisfaction (Richardson, 2012).

5.1.8. L'acceptation

Il a été démontré que trois quarts des patients acceptent leur situation. Cependant, les personnes rencontrant le plus de difficultés à accepter la mort sont souvent des jeunes diplômés ayant un réseau social restreint. Dans ce cas, ces personnes rencontrent des symptômes d'anxiété et de dépression.

De nombreux participants déclarent que se sentir aimé et soutenu par l'entourage favorise l'acceptation. Lorsque la famille est en accord avec la situation, le patient est plus apte à trouver un sentiment de paix. Une prise en charge adéquate et la diminution des symptômes de la maladie sont considérées comme des facteurs aidants.

Les traits de personnalité jouent également un rôle dans l'acceptation de la maladie et ont été identifiés comme une caractéristique innée. Les participants qui ont mené une vie remplie de plénitude pourraient accueillir plus facilement la mort. La mort a été définie comme étant une libération de la maladie et faisant partie intégrante du processus de la vie.

Par conséquent, les aînés sont plus résistants face à la maladie et portent un regard différent sur la vie et la mort. Contrairement aux jeunes, ils développent plus de stratégies d'adaptation qui leur apportent un meilleur bien-être psychique (Thompson, Chochinov, Wilson, McPherson, Chary, O'Shea, Kuhl, Fainsinger, Gagnon & Macmillan, 2009).

Certains participants développent des stratégies d'adaptation au cours de leur parcours telles que la gestion de la maladie, les préparatifs et l'utilisation de l'humour. D'autres participants ont développé des stratégies d'adaptation passive, comme l'évitement qui est considéré comme un remède à leur maladie. Il existe aussi d'autres façons d'appréhender la maladie comme les personnes qui l'acceptent contre leur volonté. En effet, ils ont perdu le contrôle de la situation et de leur pronostic et abandonnent toute lutte contre la maladie. Souvent, une des plus grandes préoccupations ressentie par les patients est d'abandonner leurs proches. Un des obstacles rencontrés à l'acceptation est l'injustice de la maladie. Il y a également la peur de l'inconnu (Thompson & al., 2009).

6. Discussion

Afin de finaliser le travail, les résultats des articles sélectionnés et analysés seront discutés dans cette partie en incluant l'ancrage disciplinaire ainsi que la problématique. Les limites des articles et les recommandations seront exposées également.

Suite à l'analyse détaillée des différents articles, plusieurs thèmes ont été mis en évidence, ces derniers ayant été cités dans la partie des résultats.

La spiritualité est le thème principal de ce travail. Après toutes les lectures effectuées, l'aspect principal de la spiritualité est qu'elle est individuelle, chaque individu l'interprète à sa manière. Il n'y a pas de prototype type d'un patient spirituel. Chaque patient en fin de vie a des besoins différents. Les soins mis en place pour répondre à ces besoins, sont donc également individualisés. De plus, il a été retenu qu'une infirmière en soins palliatifs serait plus à l'aise face à un patient en fin de vie développant une spiritualité qu'une infirmière en soins aigus. Car les soins prodigués sont principalement basés sur l'expérience personnelle de l'infirmière. Étant donné que l'étude s'est effectuée dans le continent américain, il n'est pas possible de généraliser ce constat.

En lien avec la problématique, la spiritualité se caractérise comme un appui face à l'acceptation de la fin de vie grâce à l'expansion des frontières comme cité dans l'ancrage disciplinaire. Il y a deux catégories de personnes sujettes à développer une spiritualité. Les personnes qui ont toujours vécu à travers la spiritualité et celles qui ont trouvé un soutien et une force dans la spiritualité lors d'un moment de vulnérabilité. Étant donné que la personne se retrouve face à une situation de vulnérabilité suite à une maladie mortelle, celle-ci sera plus susceptible à s'auto-transcender. Les expériences vécues, les ressources internes ainsi que leur propre système de croyances et de valeurs permettent un dépassement de soi. Ce qui amène la personne à accéder au phénomène de l'auto-transcendance. C'est-à-dire, avoir une certaine ouverture d'esprit afin d'intérioriser que la mort est imminente. Dès lors que la personne accepte sa situation actuelle, elle détient un potentiel à l'intérieur d'elle-même qui va influencer son bien-être.

Toutefois, la spiritualité reste un aspect négligé dans les soins infirmiers. En effet, beaucoup de demandes de la part des patients ont été exprimées. De nos jours, l'aspect de la religion est beaucoup plus mis en avant dans les soins palliatifs par rapport à la spiritualité.

La majorité des articles révèle que la spiritualité est un véritable soutien pour les personnes en phase terminale. Par conséquent, tous les articles retenus pour ce travail allaient dans ce sens. Cependant, de nombreux articles ont été rejetés car ils touchaient plus à la religion qu'à la spiritualité.

6.1. Apports et limites du travail

La recherche d'articles en lien avec la théorie de Reed et la thématique choisie s'est révélée compliquée en raison du manque de recherches dans ce domaine.

Après avoir rencontré plusieurs situations de soins palliatifs, le manque de pratique concernant la spiritualité s'est fait ressentir. En effet, peu de soins spirituels ont été retrouvés auprès des patients en situation de soins palliatifs. A la suite des recherches effectuées concernant le travail, le besoin de spiritualité et de soins spirituels ont été perçus.

Il paraît évident que la spiritualité devrait être plus prise en considération par les soignants afin d'identifier les possibles détresses et douleurs spirituelles et savoir comment y faire face.

Par ailleurs, il a été difficile de trouver des articles concernant la spiritualité en situations de soins à domicile. En effet, la plupart des articles touchait le milieu extra-hospitalier mais n'abordait pas les pratiques domiciliaires. Les articles qui touchaient au concept de la spiritualité ne concernaient pas la pathologie recherchée dans le travail.

Il a été également difficile de trouver des articles de recherches concernant l'Europe Occidentale. En effet, beaucoup de recherches ont été menés en Asie ou en Europe de l'Est. Ces recherches ont démontré que la culture avait une influence certaine sur la spiritualité auprès des patients ainsi que dans les soins.

Ce travail a amené une ouverture d'esprit et une prise de conscience par rapport à l'importance de la prise en soin de la spiritualité.

L'élaboration de ce travail a également permis d'enrichir les connaissances au sein du groupe en rapport avec la spiritualité.

Grâce à cette recherche, le regard sur la prise en soins des patients a évolué car il est important d'offrir une prise en soin holistique au patient en le considérant comme un être bio-psycho-social et spirituel.

6.2. Recommandations

A la suite de l'élaboration du travail, plusieurs perspectives concernant le thème choisi pourraient être exploitées.

En effet, une piste de recommandation pour la recherche pourrait être de faire un comparatif des personnes spirituelles et celles qui ne le sont pas en fin de vie. Cela nous permettrait de voir si les patients n'abordant pas la spiritualité auraient la même capacité d'acceptation que les personnes spirituelles. Il est vrai que les divers articles retenus mettent en avant que la spiritualité aide à l'acceptation de la mort, cependant il pourrait être intéressant de voir si les patients non spirituels abordent la mort de la même façon.

De plus, une majorité des articles concernait des patients sur le continent américain et asiatique alors qu'une minorité s'est effectuée en Europe. Il serait donc pertinent pour la pratique infirmière européenne d'avoir des recherches concernant les pays occidentaux.

Au niveau des recommandations pour la formation bachelor, il existe un module entier consacré aux soins palliatifs mais il n'aborde pas précisément le domaine de la spiritualité. Il pourrait être important de sensibiliser les futurs professionnels afin de pouvoir avoir une prise en soin globale du patient et dans son entièreté à savoir, comme un être bio-psycho-social et spirituel.

Il en est ressorti également que le manque de formation en termes de spiritualité, auprès des professionnels travaillant déjà dans le domaine des soins palliatifs, pouvait parfois se faire ressentir. Des formations complémentaires permettraient d'identifier les besoins spirituels des patients et de pouvoir se sentir plus à l'aise face à ce type de situations.

En ce qui concerne la pratique, il serait recommandé de pouvoir identifier clairement les besoins des patients afin de pouvoir répondre au mieux à leurs besoins spirituels et en diminuant leur souffrance spirituelle. Des groupes de paroles permettraient autant aux patients qu'aux soignants de pouvoir être plus à l'aise afin d'exprimer leur spiritualité.

De part les expériences vécues lors des formations pratiques, les infirmières devraient élargir leurs connaissances en termes de théories de soins. En soins palliatifs, il serait important que les infirmières individualisent leurs approches et approfondissent leurs connaissances concernant des théories spécifiques aux soins palliatifs telle que la théorie de Pamela Reed.

7. Conclusion

Au terme de ce travail, plusieurs éléments de réponses aux questions principales, qui ont motivé cette problématique, ont été trouvés. Il en ressort que la spiritualité reste un domaine encore peu abordé et complexe dans les soins. Cependant, il s'agit d'une composante essentielle pour les patients ayant des besoins spirituels.

Nous avons pu comprendre l'importance de la spiritualité dans les soins palliatifs. En effet, les patients en fin de vie ressentent un besoin d'exprimer leur spiritualité. Il est vrai que le manque de connaissance et d'intérêt de la part des soignants vis-à-vis de la spiritualité pourrait être un frein pour prodiguer des soins spirituels. Ce travail a permis de mettre en lumière ce que pouvait ressentir un patient en fin de vie.

De plus, il a été constaté que les infirmières ne devaient pas forcément être spirituelles pour prodiguer des soins spirituels aux patients.

Grâce aux différents articles analysés concernant notre sujet, il en est ressorti que les patients nécessitent que toutes leurs douleurs soient prises en considération, qu'il s'agisse de douleurs physiques, douleurs psychologiques ou douleurs spirituelles.

Les infirmières pourraient être les personnes ressources afin de répondre aux besoins spirituels et ainsi diminuer la douleur et détresse spirituelle des patients en fin de vie, afin de leur assurer une mort paisible, douce et acceptable.

8. Annexe

8.1. Annexe 1

Grille analyse de textes (adaptée de Goulet, 2009)

Titre

Le sens de la spiritualité à la fin de vie

Auteurs

Dose A, McAlpine C, Leonard B, Kreitzer M.J

Nom des membres de l'équipe

Robertina KABASHI, Lauriane BLANC, Yasmina BEN OTHMAN, Marion NYDEGGER

Introduction et contexte	
1. Quel est le problème posé/ le phénomène exposé par l'auteur?	Le questionnement sur le sens de la spiritualité chez les personnes en fin de vie.
2. Le problème est-il formulé clairement?	Oui.
3. Est-ce que l'article contient un résumé des travaux antérieurs sur le sujet?	l'auteur précise uniquement qu'il y a peu de recherche sur la description de la spiritualité en soins palliatifs.
4. Est-ce que ces études se rapportent directement au problème de recherche?	oui
5. Est-ce que l'auteur critique les travaux antérieurs quant à leur contribution à	Dans une méta-étude récente, la spiritualité a été définie comme la composante fondamentale d'une relation. La spiritualité a une plus grande importance en fin de vie et dans la qualité de vie. Une littérature a démontré qu'une plus grande qualité de vie

l'avancement des connaissances?	spirituelle est reliée à la qualité de vie générale.
---------------------------------	--

6. Y a-t-il un cadre de référence? Quel est-il? (conceptuel ou théorique)? Semble-t-il pertinent à l'étude du problème?	La thérapie de la dignité de Chochinov
7. Quel est le but poursuivi? Est-il lié de façon logique à la problématique et au cadre de référence? Est-il formulé de façon claire et précise (variables, population, milieu)?	Comme la spiritualité reste complexe à définir, il se pourrait que les personnes en situation de soins palliatifs arriveraient mieux à la définir étant donné que ces derniers pourraient la vivre. De plus, peu d'étude ont été effectuées sur l'expérience personnelle de la spiritualité chez ces personnes.
8. Y a-t-il des questions de recherche? ou des objectifs? ou des hypothèses?	Le but de cette étude a été de décrire et d'interpréter l'expérience vécue de la spiritualité chez les adultes nécessitant des soins palliatifs en fin de vie.

Méthodes

1. De quel type d'étude s'agit-il (devis)? Semble-t-il approprié?	Qualitatif, basé sur le phénoménologue Van Manen
2. Quelles sont les variables étudiées? De quels types (dépendante, indépendante, étrangère, attribut, médiatrice, confondante)? Sont-elles en lien logique avec le cadre de référence?	Les variables ne sont pas mentionnées dans l'article. Celles que nous pouvons en retirer sont les variables nominales tels que homme / femme. Les sujets abordés dans l'étude sont la spiritualité, la fin de vie et l'expérience de vie.

3. Quelle est la population étudiée? D'où provient-elle?	L'échantillon était composé d'adultes anglophones qui étaient cognitivement intacts pour pouvoir participer aux entrevues. Sept femmes et quatre hommes âgés entre 49 à 97 ans. L'étude a lieu au sud du Minnesota
--	--

4. Quelle est la méthode d'échantillonnage (comment sont-ils recrutés)? Qui sont les sujets (critère d'inclusion et d'exclusion)? Combien sont-ils (calcul de la taille...)? L'échantillon permet-il de généraliser les résultats (sinon, quelles sont les limites liées à l'échantillon, α , β)?	Les participants ont été recrutés dans deux programmes de soins palliatifs différents dans le sud du Minnesota. Ces participants ont dû dessiner une ligne de vie qui représenterait leur voyage spirituel. Dans un second temps, des questions individualisées sur leur expérience de la spiritualité ont été abordées. L'intervieweur a préparé une série de questions dans le but de les examiner avec les différents participants, de valider les entrevues précédentes ainsi que de les réexaminer en profondeur. L'échantillon était composé d'adultes anglophones qui étaient cognitivement intacts pour pouvoir participer aux entrevues. Dix-sept personnes ont été invitées à participer à l'étude. Six personnes l'ont quittée pour des raisons de santé et onze patients du Midwest, maison de soins palliatifs, ont participé. L'étude ne s'applique pas aux patients en soins palliatifs ayant de lourds symptômes.
5. Quelle est la méthode de collecte de données?	Chaque entrevue a été rapportée mot par mot puis vérifiée par l'enquêteur. Afin de bien comprendre l'intégrité de chaque entretien, les résultats ont été relus à deux reprises, toujours basé sur la méthodologie de Van Manen. Les entrevues ont été lues à partir d'un logiciel Nvivo7 (QSR International, Melbourne, Australie) avec un codage regroupés par thèmes (par exemple les relations, l'amour, le pardon, etc). Les codes primordiaux ont été organisés et regroupés par thèmes. Les vérifications et les décisions ont été sauvegardées par les enquêteurs puis ont été approuvées par d'autres chercheurs qualitatifs (BL, CPM, MJK)
6. Quelles sont les caractéristiques des instruments de mesure (opérationnalisation des variables, fidélité, validité)? Sont-ils décrits de façon claire? Sont-ils récents? Complets? Y a-t-il eu traduction? Y a-t-il des aspects du problème étudié qui	Il n'y a pas d'instruments de mesure, étant donné qu'il s'agit d'une étude qualitative. Cependant, cette étude est dirigée par la nature de l'expérience vécue en élaborant les thèmes essentiels, en interprétant le phénomène vécu à travers l'écriture et ceci par le maintien d'un important focus au phénomène.

semblent négligés? Sont-ils cohérents avec la définition conceptuelle des variables et le cadre de référence	
7. L'auteur considère-t-il l'aspect éthique de l'étude	« La protection des sujets comprenait l'obtention des approbations de planche d'examen institutionnel des institutions participantes, en utilisant les processus de consentement informé tout au long de l'étude, en maintenant une confidentialité et un anonymat des participants à travers l'identification et en sécurisant toutes les données dans des dossiers dans un meuble fermé à clef et dans des dossiers informatique protégés par un mot de passe » (Traduction libre, p.159).
Résultats	
1. Quels sont les résultats de la recherche? Sont-ils présentés logiquement et en fonction du but? des questions ou objectifs ou hypothèses de recherche? Sont-ils illustrés par des tableaux? Est-ce que les tests réalisés sont et le résultat statistique identifiés (p, t, X2)?	Plusieurs patients ont rencontré des difficultés à définir la spiritualité. D'autres ont pu la décrire mais à partir de la religion en faisant référence à Dieu, à la foi et à la confiance. Effectivement, la spiritualité, qui pour certains participants a été vécu toute au long de leur vie, se manifeste à travers la connectivité, les moments de vie spirituelle, la religion et le fait d'avancer malgré la situation. Contrairement pour ceux que cela représente une croyance, pour d'autres il s'agit d'endurer ce que la vie leur a donné, survivre sans penser forcément à ce qui aurait pu leur apporter le bonheur ou pas. Ce sujet a pu représenter une alliance étroite entre les aspects de la spiritualité et l'adaptation psychologique. Les résultats n'ont pas été illustrés sous forme de tableaux mais sous forme de schémas.
2. Est-ce que les statistiques utilisées sont appropriées? Quelle est la sévérité du seuil statistique choisi? Types d'analyses vs taille de l'échantillon?	Onze patients de soins palliatifs ont participé, sept femmes et quatre hommes, âgés de 49 à 97 ans (âge médian, 84 ans). Quatre d'entre eux se sont identifiés comme catholiques, 5 impliquaient qu'ils étaient chrétiens au cours des entrevues, et 2 n'indiquaient pas leur religion. Les participants non pas été interrogés sur leur religion afin de pouvoir garder l'orientation sur la spiritualité. Chaque participant avait 1 à 5 interviews, avec une moyenne de trois à quatre interviews chacun. Les entrevues duraient environ 30 à 45 minutes.
Discussion et conclusion	
1. Est-ce que les résultats sont interprétés à la lumière d'autres études sur le sujet?	Chochinov et ses collègues, ont utilisé des stratégies ciblées d'examen se rapprochant le plus à celle de cette étude dans le but d'améliorer la qualité de vie et le bien-être. Les résultats de cette étude ont également été mis en avant chez les jeunes femmes victimes de transition de vie.

2. Quelle est la conclusion? Est-elle appuyée par les résultats de l'étude (et en fonction des analyses statistiques réalisées)?	La définition de l'expérience vécue de la spiritualité en soins palliatifs a été traduit comme étant un processus vécu tout au long de la vie et qui se caractérise à travers plusieurs grands thèmes comme la connectivité , les moments de vie spirituels et le fait d'avancer malgré la situation.
3. Quelle est la pertinence du sujet pour la discipline / profession?	La spiritualité est un concept très large. De ce fait, il existe plusieurs façons d'être spirituel. Les évaluations et interventions devraient toujours être prodiguées selon la perspective du patient.

4. Que pensez-vous des recommandations (clinique / recherche)? est-ce plausible?	L'étude devrait être effectuée avec une autre population plus jeune. Effectivement, les résultats pourraient différer selon l'âge, le stade du développement et le fait de ne pas bénéficier des soins palliatifs. Le besoin d'avoir des médecins et des infirmières formées est ressenti par les patients en fin de vie. De ce fait, ils souhaiteraient recevoir des soins spirituels individualisés.
5. Est-ce que le titre indique clairement le contenu de la recherche?	Il n'est pas précisé qu'il s'agit d'une étude effectuée dans les soins palliatifs.
6. Est-ce que le résumé au début de l'article est représentatif de son contenu?	Oui, il met en avant l'objectif de l'étude et présente les participants de l'étude.
DE FAÇON GLOBALE, QUE PENSEZ-VOUS DE CETTE ÉTUDE ?	Nous pensons que l'étude est enrichissante en termes de connaissance dans le sens où nous pouvons observer les ressentis et les besoins des patients. Nous trouvons que les entrevues sont plus riches de part les résultats sont subjectifs. De plus, la population concernée correspond à la tranche d'âge de notre recherche. Cet article, nous a permis à nouveau de comprendre que la spiritualité reste un aspect difficile à définir. A travers cette étude, nous constatons qu'il s'agit d'un concept individuel et propre à chacun.

8.2. Annexe 2

Grille analyse de textes, (adaptée de Goulet, 2009)

Titre

L'effet du bien-être spirituel et du désespoir de fin de vie des patients atteints de cancer en phase terminale

Auteurs

McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W

Nom des membres de l'équipe

Robertina KABASHI, Lauriane BLANC, Yasmina BEN-OTHTMAN, Marion NYDEGGER

Introduction et contexte	
1. Quel est le problème posé/ le phénomène exposé par l'auteur?	L'effet du bien-être spirituel sur le désespoir des patients atteints d'un cancer
2. Le problème est-il formulé clairement?	Oui. Il est clairement exposé que la détresse psychologique est un aspect qui arrive régulièrement chez les personnes se trouvant en fin de vie et que l'apparition d'un état de bien-être spirituel pourrait être un élément essentiel pour la personne afin de pouvoir faire face au pronostic de fin de vie.
3. Est-ce que l'article contient un résumé des travaux antérieurs sur le sujet?	L'introduction de l'article mentionne qu'il existe plusieurs études démontrant une relation inverse entre le bien-être spirituel, le but, la signification de la vie, et la foi avec les préoccupations existentielles ainsi que la dépression. Plusieurs résultats d'études démontrent qu'il existe un risque plus élevé de suicide, de désespoir, et de désir de hâter la mort chez les personnes en phase terminale par rapport à la population en générale. que pour la population générale.
4. Est-ce que ces études se rapportent directement au problème de recherche?	Oui car elles se rapportent au bien-être spirituel des patients ainsi que sur les sentiments de désespoir.

5. Est-ce que l'auteur critique les travaux antérieurs quant à leur contribution à l'avancement des connaissances?	Il est cité dans l'introduction que le lien entre le bien-être spirituel et le désespoir en fin de vie n'a pas été évalué.
--	--

6. Y a-t-il un cadre de référence? Quel est-il? (conceptuel ou théorique)? Semble-t-il pertinent à l'étude du problème?	Non.
7. Quel est le but poursuivi? Est-il lié de façon logique à la problématique et au cadre de référence? Est-il formulé de façon claire et précise (variables, population, milieu)?	Le but est d'analyser l'impact qu'a le bien-être spirituel de la personne atteint d'un cancer en phase terminale sur son sentiment de désespoir ainsi que sur le désir de mourir. Il est totalement lié à la problématique car la conclusion démontre des résultats pertinents à celle-ci. La population représente 160 personnes en fin de vie ayant une espérance de vie de moins de trois mois. L'étude a été effectuée dans une unité de soins palliatifs dans un hôpital à New York.
8. Y a-t-il des questions de recherche? ou des objectifs? ou des hypothèses?	

Méthodes

1. De quel type d'étude s'agit-il (devis)? Semble-t-il approprié?	Il s'agit d'une étude empirique (quantitative). Elle est appropriée car l'étude utilise des instruments de mesures tels que des échelles (échelle du bien-être, l'échelle de la dépression de Hamilton, l'échelle de désespoir de Beck et le calendrier des attitudes face à la mort) et un test cognitif « Mini-Mental State » qui est obligatoire pour chaque participant afin d'évaluer les fonctions cognitives et mnésiques de ces derniers.
2. Quelles sont les variables étudiées? De quels types (dépendante, indépendante, étrangère, attribut, médiatrice, confondante)? Sont-elles en lien logique avec le cadre de référence?	Les variables sont très bien décrites. Le tableau 1 mesure deux variables : la variable dépendante et la variable prédictible. Les variables sont de types discrètes car elles sont évaluées par des échelles. Dans les variables dépendantes il y a le désespoir, les idées suicidaires et l'envie de mourir. Dans les variables prédictibles présentes dans les trois tableaux, il y a la dépression, le soutien social, le fonctionnement physique et le nombre de symptômes.

3. Quelle est la population étudiée? D'où provient-elle?	Il s'agit de 160 personnes hospitalisées en soins palliatifs atteintes d'un cancer (les plus fréquents : poumon, côlon, sein et pancréas) ayant une espérance de vie de moins de 3 mois. 91 étaient des femmes et 69 étaient des hommes avec pour appartenance religieuse au catholicisme, au protestantisme, au judaïsme et certains n'ont pas précisé.
--	--

4. Quelle est la méthode d'échantillonnage (comment sont-ils recrutés)? Qui sont les sujets (critère d'inclusion et d'exclusion)? Combien sont-ils (calcul de la taille...)? L'échantillon permet-il de généraliser les résultats (sinon, quelles sont les limites liées à l'échantillon, α , β)?	<p>Le recrutement des participants s'est fait peu après l'admission des patients dans un hôpital de soins palliatifs à New York. Il a eu lieu entre le mois de Décembre 2000 et le mois de juin 2002. Ils ont tous été diagnostiqués d'un cancer et ont une espérance de vie de moins de 3 mois. Un test cognitif appelé Mini-mental State est obligatoire de remplir pour pouvoir être admis à participer à cette étude. A partir de 19 points ou moins, les personnes n'étaient pas admises ainsi que les personnes ne parlant pas l'anglais et ceux ayant un trouble psychotique. Après avoir été informé des risques et des avantages de l'étude, les personnes voulant participer doivent rendre par écrit un consentement éclairé.</p> <p>L'échantillon comporte 160 patients ce qui signifie que l'on obtient des résultats significatifs, mais rien ne prouve dans l'article que l'échantillon permet de généraliser les résultats.</p>
5. Quelle est la méthode de collecte de données?	Des interviews ont été réalisés.
6. Quelles sont les caractéristiques des instruments de mesure (opérationnalisation des variables, fidélité, validité)? Sont-ils décrits de façon claire? Sont-ils récents? Complètes? Y a-t-il eu traduction? Y a-t-il des aspects du problème étudié qui semblent négligés? Sont-ils cohérents avec la définition conceptuelle des variables et le	<p>Il y a l'évaluation fonctionnelle de traitement pour la maladie chronique (FACIT-SWB), l'échelle du bien-être spirituel (qui comprend deux sous-échelles de mesure : la signification de la paix et de la foi. La sous-échelle de la signification de la paix est basée sur le sentiment d'harmonie intérieur de la personne et comment se sent elle en paix avec elle-même. Alors que la sous-échelle de la signification de la foi, se base sur l'évaluation dans laquelle les patients saisissent la force et le réconfort dans les croyances religieuses), l'échelle de la dépression de Hamilton (RDH : une évaluation des symptômes dépressifs), l'échelle de désespoir de Beck (BHS : mesurer en 3 facteurs distincts : le désespoir, l'envie de mourir et les idées suicidaires) et le calendrier des attitudes face à la mort (SAHD). Les idées suicidaires ont été interprétées sur les réponses à l'échelle de dépression de Hamilton.</p> <p>Les instruments de mesure sont précis et prennent en compte</p>

cadre de référence	tout l'aspect de la problématique (bien-être spirituel et dépression/désespoir) mais il n'est pas évoqué s'ils sont récents.
7.L'auteur considère-t-il l'aspect éthique de l'étude	L'aspect éthique n'est pas forcément abordé dans cet article.
Résultats	
1.Quels sont les résultats de la recherche? Sont-ils présentés logiquement et en fonction du but? des questions ou objectifs ou hypothèses de recherche? Sont-ils illustrés par des tableaux? Est-ce que les tests réalisés sont et le résultat statistique identifiés (p, t, X2)?	<ul style="list-style-type: none"> • Le bien-être spirituel apporte un appui beaucoup plus fort au patient face à ses symptômes dépressifs. • La capacité à découvrir un nouveau sens à sa vie dans le cas de maladie en phase terminale, pourrait aider la personne à diminuer son sentiment de désespoir. • Le bien-être spirituel pourrait diminuer le sentiment de dépression ainsi que l'envie de mourir, mais n'a pas de lien avec les idées suicidaires contrairement, par exemple, à la religion qui, elle, peut interdire le suicide. • Les personnes en phase terminale de leur maladie, peuvent acquérir un sentiment de paix intérieure et de bien-être spirituel sans pour autant être optimiste pour l'avenir. <p>Tableau 1 : Les corrélations avec les mesures de la spiritualité et de la dépression.</p> <p>Tableau 2 : Les modèles de régression par FACIT-SWB score total.</p> <p>Tableau 3 : Les modèles de régression avec FACIT-SWB, les sous échelles du sens et de la religion.</p>
2.Est-ce que les statistiques utilisées sont appropriées? Quelle est la sévérité du seuil statistique choisi? Types d'analyses vs taille de l'échantillon?	<p>Un des test choisi est le « Mini-Mental State ». Il est cité qu'en dessous de 20 points, les patients n'étaient pas admissibles à l'étude.</p> <p>Plusieurs cliniciens ont réalisés des tests en afin d'évaluer un sous-ensemble de patients. Le coefficient d'objectivité pour ces tests a montré un haut degré de fiabilité.</p> <p>C'est une analyse quantitative car il y 160 participants à l'étude.</p>
Discussion et conclusion	
1.Est-ce que les résultats sont interprétés à la lumière d'autres études sur le sujet?	<p>Oui.</p> <p>Dans la partie des résultats, il est cité que diverses approches de traitement mentale de santé ont été développées qui ciblent particulièrement le bien-être spirituel. Toutefois, l'efficacité de ces approches de traitement n'est pas démontré.</p>

2.Quelle est la conclusion? Est-elle appuyée par les résultats de l'étude (et en fonction des analyses statistiques réalisées)?	Ces résultats ont un impact important dans les soins pour les personnes en fin de vie, car ils démontrent clairement l'importance du bien-être spirituel chez les personnes en soins palliatifs. Ils sont appuyée par des probabilités qui sont apparus grâce aux échelles.
3.Quelle est la pertinence du sujet pour la discipline / profession?	Comme répondu à la question précédente, il est indispensable d'inclure le bien-être spirituel dans les soins palliatifs car ça aide la personne à lutter contre ses sentiments de désespoir et apporte un certain confort.

4.Que pensez-vous des recommandations (clinique / recherche)? est-ce plausible?	Il n'est pas démontré si des interventions de soins spirituels existent et si les personnes en phase terminale réussissent à accueillir un état de bien-être spirituel. Des interventions de santé mentale et pastorale pourraient viser le bien-être spirituel mais l'effet n'a pas été démontré.
5.Est-ce que le titre indique clairement le contenu de la recherche?	Oui.
6.Est-ce que le résumé au début de l'article est représentatif de son contenu?	Exactement. Il expose que l'article va porter sur la relation entre le bien-être spirituel et sur le sentiment de désespoir chez les patients atteints d'un cancer en phase terminale.
DE FAÇON GLOBALE, QUE PENSEZ-VOUS DE CETTE ÉTUDE ?	Nous pensons que l'étude est intéressante car au vu du nombre de participants, les résultats sont pertinents. De plus, c'est un article enrichissant pour la conception des soins infirmiers car la spiritualité reste malheureusement encore peu développé.

9. Bibliographie

- Alligood, M. R., Tomey, A. M. (2010). *Nursing theorists : and their work*. Maryland : Mosby Elsevier.
- Chaturvedi, S. K. (2007). Spiritual issues at end of life : *Indian J Palliative Care*, 13(2), 48-52.
- Clivaz Luchez, P., Droz, A., Bernet, C., Bonard, M., Corbaz, P., Paschoud, N., Hottinger, I., Marthy, S., Vacanti Robert & Perrochet, F. (2009). *Les soins palliatifs à domicile et les équipe mobile*.
Accès:http://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCqQFjABahUKEwjW0676-4nGAhXqDtsKHemrAOQ&url=http%3A%2F%2Fwww.svmed.ch%2Fwp-content%2Fuploads%2F2011%2F08%2FGSP-7_2009_Equipes-mobiles.pdf&ei=Srd6VdaGG-qd7Abp14KgDg&usq=AFQjCNHPW2mdd8lt4_eUCydl5jBcl_-8eA
- Da Rocha, G. (2012). *Le sentiment de finitude de vie et coping chez la personne face à un diagnostic de cancer digestif*. Master en sciences infirmières, UNIL, IUFRS, Lausanne.
- Da Rocha G., Roos P., Shaha M. Le sentiment de finitude de vie et les stratégies de coping face à l'annonce d'un cancer, *Revue internationale de soins palliatifs* 2014/2 (Vol. 29), p. 49-53. DOI 10.3917/inka.142.0049
- Delgado-Guay, M. O., Hui, D., Parsons, H. A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S., & Bruera, E. (2011). Spirituality, Religiosity, and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6), 986–994. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.09.017>
- Dose, A. M., Leonard, B., McAlpine, C. P., & Kreitzer, M. J. (2014). The Meaning of Spirituality at the End of Life: *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(3), 158–164.
- Hampton, D. M., Hollis, D. E., Lloyd, D. A., Taylor, J., & McMillan, S. C. (2007). Spiritual

Needs of Persons With Advanced Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 24(1), 42–48. <http://doi.org/10.1177/1049909106295773>

Haugan, G., Rannestad, T., Hammervold, R., Garåsen, H., & Espnes, G. A. (2014a). The relationships between self-transcendence and spiritual well-being in cognitively intact nursing home patients. *International Journal of Older People Nursing*, 9(1), 65–78. <http://doi.org/10.1111/opn.12018>

Hayden, D. Spirituality in end-of-life care : attending the person on their journey : *British Journal of Community Nursing*, 16(11), 546-551.

Juguet, M. (2010). Représentation du spirituel dans les soins palliatifs : proposition d'un repère et d'une méthodologie par sa définition. *Médecine palliative*, 9(4), 205-213.

King, M., Llewellyn, H., Leurent, B., Owen, F., Leavey, G., Tookman, A., & Jones, L. (2013). Spiritual beliefs near the end of life: a prospective cohort study of people with cancer receiving palliative care: Spiritual beliefs near end of life: a prospective cohort study. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2505–2512. <http://doi.org/10.1002/pon.3313>

Kisvestrovà, H., Klugar, M., Kbaleka, L. (2013). Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life : *International Journal of Palliative Nursing*, 19(12), 599-605.

Marolla, M. & Guérin, R. (2006). *Oncologie et soins infirmiers*. Paris: Lammare.

McClain, C. S., Rosenfeld, B., Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on End-of-life in terminally-ill cancer patients : *The Lancet*, 361, 1603-1607.

Mok, E., Wong, F., & Wong, D. (2010). The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 360–370. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05193.x>

Miligan, S. (2011). Addressing the spiritual care needs of people near the end of life : *Nursing Standard*, 26(4), 47-55.

Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., & Benton, T. F. (2004). Exploring the

spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18(1), 39–45. <http://doi.org/10.1191/0269216304pm837oa>

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Cancer*.

Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Soins palliatifs*.

Accès: <http://www.who.int/cancer/palliative/fr/>

Pepin, J., K  rouac, S., Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Montréal : Cheneli  re   ducation.

Puchalski, C. M. (2012). Spirituality as an essential domain of palliative care: Caring for the whole person. *Progress in Palliative Care*, 20(2), 63–65. <http://doi.org/10.1179/0969926012Z.0000000000028>

Renz, M., Mao, M. S., Omlin, A., Bueche, D., Cerny, T., & Strasser, F. (2015). Spiritual Experiences of Transcendence in Patients With Advanced Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32(2), 178–188. <http://doi.org/10.1177/1049909113512201>

Richardson, P. (2012). Assessment and Implementation of Spirituality and Religiosity in Cancer Care: Effects on Patient Outcomes. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(4), E150–E155. <http://doi.org/10.1188/12.CJON.E150-E155>

Ronaldson, S., Hayes, L., Aggar, C., Green, J., & Carey, M. (2012). Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments: Spirituality and spiritual caring: nurses' practice. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2126–2135. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04180.x>

Siqueira, A. L., Silva, F. M., Galdino de Paula, V. (2011). The nursing and palliative care to patients through the spirituality of no treatment possibility : *Revista the Pesquisa : Cuidado    Fundamental Online*, 3(4), 2354-2362.

Smith. M. J., Liehr, P. R. (2008). *Middle Range Theory for nursing*. New York : Springer Publishing Company.

Shaha, M., Pandian, V., Choti, M. A., Stotsky, E., Herman, J. M., Khan, Y., . . . Belcher, A.

E. (2010). Transitoriness in cancer patients: a cross-sectional survey of lung and gastrointestinal cancer patients. *Support Care Cancer*, 19(2), 271-279. doi: 10.1007/s00520-010-0815-z

Thompson, G. N., Chochinov, H. M., Wilson, K. G., McPherson, C. J., Chary, S., O'Shea, F. M., ... Macmillan, K. A. (2009). Prognostic Acceptance and the Well-Being of Patients Receiving Palliative Care for Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 27(34), 5757–5762. <http://doi.org/10.1200/JCO.2009.22.9799>

Wright, A. A., Keating, N. L., Balboni, T. A., Matulonis, U. A., Block, S. D., & Prigerson, H. G. (2010). Place of Death: Correlations With Quality of Life of Patients With Cancer and Predictors of Bereaved Caregivers' Mental Health. *Journal of Clinical Oncology*, 28(29), 4457–4464. <http://doi.org/10.1200/JCO.2009.26.3863>